

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie

# **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Hana Nekolná

**Rizika suicidálního chování u adolescentů:**

**Diagnostické, intervenční a preventivní možnosti**

**The risks of suicidal behavior among adolescents:**

**Diagnostic, interventional and preventive options**

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu práce doc. PhDr. Vladimíru Kebzovi, CSc.

*Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze dne 24.7.12*

.....

*Hana Nekolná*

## Abstrakt

Diplomová práce „Rizika suicidálního chování u adolescentů: Diagnostické, intervenční a preventivní možnosti“ pojednává o suicidalitě a suicidálním chování adolescentů v České republice. Teoretická část práce se zabývá vymezením základních pojmů tohoto tématu a popisem různých přístupů a chápání této problematiky v minulosti i současnosti. Zabývá se také formami, způsoby i motivy suicidálního chování. Dále uvádí popis adolescence jako samostatného vývojového období v životě jedince a rozbor rizik této životní fáze. Teoretická část obsahuje také charakteristiku epidemiologie jevu a možné diagnostické, terapeutické a preventivní přístupy k suicidálnímu chování. Empirická část diplomové práce popisuje výzkum, jehož cílem bylo zjistit souvislosti zvýšené míry sebevražedného rizika ve vztahu k základním dimenzím osobnosti (za použití Freiburského osobnostního dotazníku), sociální opoře (prostřednictvím Dotazníku vnímané sociální opory) a životní angažovanosti (skrze Test životní angažovanosti). Výzkumný vzorek obsahoval 99 respondentů z posledních ročníků pražského gymnázia a ze dvou pražských odborných učilišť. Výsledky výzkumu potvrdily souvislost mezi sníženým suicidálním rizikem a zvýšenou mírou životní angažovanosti.

**Klíčová slova:** sebevražda, suicidální chování, epidemiologie, adolescent, rizika suicidálního chování

## Abstract

The diploma thesis “Risks of suicidal behavior among adolescents: Diagnostic, intervention and preventive options” deals with suicidality and suicidal behavior among adolescents in the Czech Republic. The theoretical part of the thesis describes the basic terms of this topic, various approaches and understanding of this issue in the past and in the present. This work also deals with the forms, methods and motives of suicidal behavior. Furthermore it describes the age of adolescence as an independent evolutionary period in the life of man and analyses the risks of this life era. The theoretical part also contains a description of the epidemiology of this phenomenon and possible diagnostic, therapeutic and preventive approaches to suicidal behavior. The empirical part of this thesis describes the research in which the goal was to determine the connection of the increase of suicidal risk and the basic dimension of the personality (using the Freiburg’s Personality Inventory), social support (by the Perceived Social Support Scale) and life engagement (through the Life Engagement Test). The research sample contained 99 respondents from the last years of one of Prague’s grammar school and two of Prague’s vocational schools. The results of this research confirmed the connection between a lowered suicidal risk and a higher living engagement rate.

**Key words:** suicide, suicidal behavior, epidemiology, adolescent, the risks of suicidal behavior

## **Obsah**

I. Úvod	8
II. Teoretická část	10
1. Suicidální chování	10
1.1 Suicidální chování jako pojem	10
1.2 Historie pojetí sebevraždy a různé přístupy odborníků v minulosti	11
1.3 Formy, způsoby a motivy suicidálního chování	21
1.3.1 Formy	21
1.3.2 Způsoby	26
1.3.3 Motiv	29
2. Adolescence a její rizika	32
2.1 Významné změny v období adolescence	33
2.2 Rizikové chování v adolescenci	39
3. Rizikové a protektivní faktory suicidálního chování	46
4. Epidemiologie	54
5. Diagnostika, terapie a prevence suicidálního chování	65
5.1 Diagnostika	65
5.2 Terapie	73
5.3 Prevence	80
III. Empirická část	84
1. Cíl výzkumu	84
2. Výzkumné předpoklady	85
3. Metody	89
4. Výzkumný vzorek, kritéria pro zařazení do vzorku a sběr dat	92
5. Statistické zpracování	94

6. Výsledky	95
IV. Diskuse	98
V. Závěr	104
VI. Použitá literatura	106
VII. Přílohy	112

## I. Úvod

Suicidalita je pojem bezesporu závažný skrývajícím za sebou velké téma, které má do určité míry kontroverzní charakter s negativní konotací. Suicidium je jev, který v minulosti, současnosti, ale i budoucnosti nešel a nepůjde přehlížet a je třeba ho stále podrobovat výzkumům, protože z odborného hlediska zatím nebyly jeho mechanismy uspokojivě objasněny. Bez dostatečné explorační faktorů působících v rámci suicidality není možné vyvinout adekvátní diagnostické, terapeutické ani preventivní postupy a nelze tak dlouhodobě efektivně snižovat míru suicidálního chování ve světě.

Sebevražedné chování je problematikou týkající se bezprostředně i skupiny dětí a adolescentů. Zejména věkové skupiny 10-15 let a 15-19 let jsou ty, kde se sebevražednost dlouhodobě zvyšuje. To je znepokojivý fakt, který by měl veřejnost, zejména tu odbornou, přimět ke zbystrčení. Pokud totiž jedinci volí variantu suicidia tak hojně již na prahu života, patrně to něco vypovídá o nastavení dnešní společnosti. Ta se může jevit v očích dospívajících jako neperspektivní a odrazující a četnost adolescentních suicidií bychom měli chápat jako volání o pomoc, podnět k zamyšlení se nad stavem našeho moderního společenství, které není pro mladého člověka tak lákavé, jak by být mělo. Tyto skutečnosti byly impulzem ke zpracování tématu suicidality v rámci této diplomové práce.

Účelem práce je zmapovat rizika suicidálního chování u populace adolescentů v ČR a zjistit, zda existují specifické rizikové faktory ovlivňující míru suicidálního chování v populaci českých adolescentů.

V rámci teoretické části se pokusíme porozumět suicidálnímu chování komplexně jako složitému jevu. Popíšeme suicidální chování, přičemž se pokusíme definovat základní související pojmy, taktéž se budeme věnovat historii suicidálního chování a přístupům různých odborníků v minulosti i současnosti. Zaměříme se na formy, způsoby a motivy suicidálního chování. Zmapujeme období adolescence a vymezíme rizikové faktory této vývojové fáze. Dále se budeme zabývat rizikovými a protektivními faktory suicidálního chování. Po té se pokusíme charakterizovat epidemiologii tohoto jevu. V závěru teoretické části práce uvedeme diagnostické, terapeutické a preventivní postupy užívané v souvislosti se suicidálním chováním.



Empirická část diplomové práce vytyčí základní výzkumné otázky. V rámci kvantitativního výzkumu se pokusíme definovat rizikové faktory působící na míru suicidálního chování v souboru adolescentů posledních ročníků pražských středních škol.

## II. Teoretická část

### 1. Suicidální chování

#### 1.1 Suicidální chování jako pojem

Nejprve budou definovány pojmy, s nimiž budeme v dalším textu pracovat. Je důležité odlišovat pojmy suicidium a suicidální chování. **Suicidium** neboli sebevraždu (v angličtině suicide) můžeme stručně charakterizovat jako úmyslné ukončení života, které obvykle následuje jako reakce na určitou tíživou situaci, kterou subjekt není s to jinak řešit. Může se objevit také u osob s některou klinickou diagnózou (např. psychózou, depresí) či u jedinců s abúzem alkoholu a jiných látek. Náзор na přesné vymezení pojmu se v minulosti měnil a existuje mnoho definic zformulovaných různými autory. Tomuto se blíže věnujeme v části zabývající se historií suicidality.

Světová zdravotnická organizace (WHO, 2012) definuje sebevraždu takto: *“Suicide is the act of deliberately killing oneself. Risk factors for suicide include mental disorder (such as depression, personality disorder, alcohol dependence, or schizophrenia), and some physical illnesses, such as neurological disorders, cancer, and HIV infection. There are effective strategies and interventions for the prevention of suicide.”*

**Suicidální chování** (anglicky suicide behaviour) je takové chování jedince, které může (ale nemusí) vést k dokonané či nedokonané sebevraždě. Tento pojem zahrnuje široké spektrum možných nápadů, myšlenek i verbalizací. Suicidální chování má určité **suicidální projevy**. Je to soubor behaviorálních, kognitivních, emočních a interpersonálních aspektů v životě jedince.

Důležité je odlišovat také **suicidální jednání**, což jsou projevy chování bezprostředně směřující k aktu sebevraždy – „např. *příprava suicidálních prostředků, autoagresivní chování ve smyslu sebevražedného pokusu či dokonáního suicidia*“ (Koutek, Kocourková, 2003, s. 12). Taktéž **tentamen suicidii** (TS) je často zmiňovaný terminus technicus latinského původu – v překladu sebevražedný pokus.

*„Suicidální chování v žádné své formě nepředstavuje samostatnou psychiatrickou nosologickou jednotku, lze je označit za syndrom a teprve podrobné vyšetření umožní eventuální diagnózu stanovit. Existují spory o tom, zda existuje tzv. bílá sebevražda, která*

*nemá patický charakter; nebo zda každé suicidium je projevem duševní poruchy.*“ (Koutek, 2000, s. 405)

## 1.2 Historie pojetí sebevraždy a různé přístupy odborníků v minulosti

V minulosti i současnosti figuruje sebevražda jako velmi kontroverzní a diskutovaný pojem. Názory odborníků i laiků na tento jev se různí od nepaměti. V některých dobách byla sebevražda obvyklou a neodsuzovanou formou smrti, v jiných byla odsuzována, v dalších byla označována jako projev šílenství, v současnosti se jí lidé spíše děsí a odborníci se stále snaží jí lépe porozumět. Suicidium bylo také námětem řady uměleckých děl, ať už výtvarných, literárních či divadelních. Mohli bychom vyjmenovat mnoho osobností napříč historií, které se uchýlily k této metodě, poháněny jistě rozličnou motivací. Sókratés, Seneca, Sapphó, Kleopatra, Vincent van Gogh, Virginia Woolfová, Ernest Hemingway, Adolf Hitler, Jan Palach, Bohumil Hrabal a další. Z řad psychologů to byl např. Lawrence Kohlberg a v podstatě i největší osobnost dějin psychologie Sigmund Freud, který požádal o euthanasii v podobě smrtelné dávky morfinu.

Jak tedy odborníci napříč historií přistupují k této problematice? Pokusíme se uvést některé postoje různých věd a přístupů.

### Filozofie

Co se týče antických vzdělců, Platón i Aristoteles mají k suicidiu ambivalentní postoj. Papica (1998) píše: *„Platón ani Aristoteles sebevraždu nikterak neodsuzují. V antice byla sebevražda vcelku běžná. Platón přiděluje filozofům místo s vysokou odpovědností v řecké obci, polis, a nabádá, aby se mu nezpronevěřovali a neopouštěli je. V Aristotelově pojetí člověk náleží vlasti a nemá ji připravovat sebevraždou o svou tvůrčí aktivitu.“*

Dle Platóna může být však sebevražda v některých případech ospravedlnitelná. Na toto téma hovoří i Sókratés ve Faidonu, kde říká: *„...není bezdůvodné, že člověk nesmí sebe dříve usmrtiti, dokud mu Bůh nepošle nějakou nutnost...“* (Platón, 1994, s. 19) Toto by mělo znamenat, že za přítomnosti skutečně závažného důvodu, je sebevražda jednou z cest.

Stoikové v antických dobách považovali sebevraždu za akceptovatelnou formu smrti, pokud je život utrpením. Seneca, představitel stoicismu, byl toho názoru, že pokud je sebevražda jedním z možných řešení útěku z utrpení, je otázkou naší svobody to, že ji můžeme využít. Odsoudit sebevraždu jako hřích znamená uzavřít si cestu ke svobodě. Seneca nakonec tuto cestu ke svobodě sám využil, byl k ní však přinucen z důvodu nařčení z účasti na spiknutí. (Seneca, 1995) Člověk se má dle stoicismu zbavit všeho, co na něj doléhá nezávisle na jeho vůli. Je legitimní odejít ze života, pokud tak člověk sám chce a sám zvolí.

Viewegh (1996, s. 15) dodává: „*V důsledku všeobecného ekonomického, politického a morálního úpadku, se ke konci starověku v Řecku a v Římské říši sebevražednost mimořádně rozšířila.*“

Svatý Augustinus stojící na pomezí pozdní antiky a středověku je toho názoru, že sebevražda je vždy zločinem. Před Augustinem však rozpracovanější křesťanský názor na sebevraždu neexistuje. Nelze však říci, že křesťanství sebevraždu apriori považuje za nepřípustnou. Přesto dominujícím pojetím sebevraždy ve středověku je její odmítání způsobené zejména vlivem křesťanství.

Tomáš Akvinský je také toho názoru, že suicidium je hřích. Dle něj je totiž člověk majetkem Boha a jen ten je oprávněn rozhodovat o lidském životě či smrti. (Grabmann, 1935)

Renesance přinesla celkovou otevřenost názorů na rozličné problematiky. V tomto kontextu začala být také suicidalita vnímána volněji než v hlubokém středověku, i když sebevražedné chování bylo stále spíše odsuzováno.

Osvícenství a humanismus v novověku přinášejí poměrně uvolněné přístupy. Humanisté, např. Hume, Montesquieu, Voltaire i Rousseau, sebevraždu přímo neodsuzovali svým názorem, že jen sám člověk je zodpovědný za svůj život. Hume (1854) píše: „*Když nalehnu na svůj vlastní meč, pak smrt, již se mi tak dostane, pochází z rukou Božích stejně, jako kdyby mne rozsápal lev, nebo bych se zřítíl do propasti, nebo zemřel na vysokou horečku.*“ John Donne se zabývá sebevraždou ve svém díle Biathanatos, kde vysvětluje, že sebevražda není od přírody takovým hříchem, aby jím musela být ve všech případech. (dle Hillman, 1997)

Immanuel Kant sebevraždu rezolutně odmítá. Naopak Nietzsche sebevraždu téměř glorifikuje. Chybným míněním je mínění, že Schopenhauer je podobného názoru. Ve

skutečnosti považuje dobrovolné ukončení smrti za nepodstatné, protože člověk se po smrti znovu narodí.

Významná změna v pojetí sebevraždy přichází zhruba na přelomu 18. a 19. století, kdy dochází k prvním vědeckým výzkumům na toto téma. Pozornost od morálního posuzování dobrovolné smrti se přesunuje k objektivnímu zkoumání jejích aspektů. Sebevražda je často přisuzována psychicky nemocným jedincům.

Z novodobé filozofie stojí za zmínku přístup existencialismu. Albert Camus má sebevraždu jako ústřední téma. Zabývá se základní filozofickou otázkou: Stojí za to žít či ne? Říká: „*Kromě sebevraždy není filosofických otázek opravdu vážných.*“ Camus sám však sebevraždu odmítá. Pokud nás prý život svou absurditou donutí k útěku sebevraždou, zvolíme tak tuto absurdnost v nejkrajnější podobě. (Camus, 1995, dle Papica, 1998)

Podle Sartra není možné pro člověka, aby sebevraždu pochopil. Tento jev je dle něj nevysvětlitelný, protože by jej mohl pochopit pouze ten, kdo je již mrtvý. (Hillman, 1997)

## **Sociologie**

Z pohledu sociologie je nejdůležitější společnost. Sociolog sleduje sebevraždu jako běžný sociologický fenomén, dívá se na ni prostřednictvím statistik, které vypovídají o počtu sebevražd v dané oblasti, o způsobu jejich provedení. Nezabývá se sebevraždou z pohledu individuálního jedince, který se k ní uchyluje. Durkheimovo dílo je z velké části věnováno sebevraždě jako sociologickému problému. Durkheim nahlíží na sebevraždu v souladu s moderní sociologií, která říká, že každý člověk se může k této metodě uchýlit, dostane-li se do určitých sociálních podmínek – zejména je-li vyčleněn ze svých sociálních vazeb. Podle Durkheima jsou příčiny této smrti tedy spíše vnější než vnitřní. Pokud se člověk dostane pod jejich vliv, nabývají na účinnosti. Sebevraždě lze předcházet tím, že začleníme jedince zpět do skupiny, z níž se vyčlenil. Suicidální tendence totiž vznikají na základě pocitu vyčlenění z pospolitosti společnosti. Jde tedy o posílení soudržnosti ve společnosti.

Durkheim rozlišuje dle typu narušení sociálních vazeb několik druhů suicidia. Egoistická sebevražda plyne z nedostatečné vázanosti jedince na společnost. Naopak altruistická vychází z přílišného navázání jedince na společnost (např. pokud se jedinec obětuje pro záchranu své vlastní skupiny) K anomické sebevraždě dochází, pokud jsou vztahy jedince

s okolím drasticky narušeny nějakými vnějšími okolnostmi. A konečně fatalistická sebevražda se vyskytuje v totalitárních zřízeních, kdy jedinec nemá žádný prostor pro svou individualizaci a nevidí tedy žádnou budoucnost, která by ho uspokojila. Zajímavé je, že tento přístup je velmi „sociologizující“ a v podstatě vůbec nezohledňuje psychologické faktory ovlivňující sebevražedné chování. (Durkheim, 1979)

Podobně Masarykův koncept sebevraždy je také zjednodušený. V podstatě tvrdí, že sebevražda je produkována vyspělou civilizací a to speciálně jejím mravním a náboženským úpadkem. Masarykova práce byla poměrně ostře kritizována pro svůj zjednodušující přístup a nedostatečně podložené závěry. Např. není prokázáno, že v rámci necivilizovaných národů se nevyskytuje sebevražda. Naopak u mnoha přírodních národů bývá suicidium zaznamenáváno. Také tvrzení, že náboženský postoj nějakým způsobem snižuje riziko sebevraždy, je poněkud vágní. Navíc některá náboženství sebevraždu považují za přípustnou. (Viewegh, 1997)

Nyní je Durkheimův i Masarykův přístup k suicidální problematice vesměs považován za překonaný.

Sociologie nehodnotí morální otázku sebevraždy, ale pro společnost jako celek je toto chování spíše nepříznivé. Vypovídá to o nedokonalém stavu společnosti a se sebevraždou je třeba bojovat a předcházet jí. Cílem je nastavit společenskou strukturu, společenský řád a normy tak, aby k sebevraždě docházelo co nejméně. (Hillman, 1997)

## **Právo**

V mnoha právních systémech v historii byla sebevražda ustanovena jako zločin. Vznikaly mnohé sankce s ní spojené, např. že stát mohl po smrti suicidanta disponovat jeho majetkem namísto jeho rodiny či dokonce docházelo k různému výstražnému vystavování nebo znehodnocování těl sebevrahů. V současnosti náš právní systém sebevraždu nepostihuje, její napomáhání jinou osobou však ano. Pokud je prokazatelné, že člověk má sebevražedné tendence a mohl by ohrozit svůj vlastní život, je to indikace k hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení.

## Náboženství

Silně křesťanské období středověku suicidium rezolutně odmítalo. Výklady křesťanského přístupu k sebevraždě se v současnosti různí. Jednoznačné odsouzení tohoto chování v Bibli není explicitně obsaženo. Některé přístupy však deklarují, že hříšnost sebevraždy je obsažena v prvním z desatera přikázání „nezabiješ“ a zabít sebe sama je stejně hříšné jako zabít bližního svého. Tento názor zastává i Augustinus, viz výše.

Římskokatolická církev sebevraždu za hřích považuje a tomu, kdo ji spáchá, odpírá církevní pohřeb. Člověk nemá právo vzít si život, který mu byl dán Bohem. Jen Bůh má právo tento život ukončit.

*„Sebevražda jako mučednictví byla vždy uznávána v židovském prostředí; byla ospravedlnitelná, jestliže umožňovala vyhnout se třem nejhorším hříchům: modlářství, incestu a vraždě. Byla tehdy zvláštním případem mučednictví – jako oběť na oltář Nejvyššího.“*  
(Hillman, 1997, s. 31)

Starozákonní židé sebevraždu explicitně nezakazují, ale nijak k ní nevybízí. Její odmítání je dle některých interpretací obsaženo v prvním přikázání „nezabiješ“. Může být formou mučednictví. Z rané minulosti je známo velmi málo židovských sebevražd. Později bývaly častější v rámci úniku před perzekucí.

Taktéž v buddhismu je sebevražda podle dnešních interpretací spíše nepřijímána. Buddhistické nirvány sebevrah dosáhnout nemůže, může však skrze sebevraždu jako trest dosáhnout odčinění svých hříchů. Monestier (2003) uvádí příklad takové kající smrti prostřednictvím sebeupálení, kterým sebevrah smaže své hříchy a uzdraví svou duši.

Hinduismus se k suicidiu staví podobně. Monestier (2003, s. 352) cituje Mannův zákoník, významný pro hinduistickou obec: *„Bráhman, jenž ovládl své tělo cvičeními, která vypracovali velcí světci, má-li smutek a trápení, bude přijat v Brahmově sídle s poctami.“* Pokud chce člověk opustit bytí z nutnosti a vlastní vůle, je to možné, měl by ale nejprve dosáhnout úctyhodného věku a zplodit potomka.

Korán sebevraždu poměrně jednoznačně odsuzuje. Přesto se pod vlajkou ortodoxního výkladů Koránu objevují sebevražední muslimští atentátníci. Tito fundamentalisté v rámci

džihádu bojují proti západním vlivům jiných kultur a náboženství. Tato svatá válka je charakteristická zejména pro šíitskou odnož islámu.

## **Medicína**

Lékaři skládají Hippokratovu přísahu, v níž je obsažen princip „především neškodit“. V rámci toho by neměl lékař nikomu napomáhat v sebevraždě a to ani v případě, kdy by to bylo na výslovné přání dotyčného. V zájmu lékaře je tedy především napomáhat tělesnému zdraví všemi dostupnými prostředky. Medicína tedy nijak zvlášť nezohledňuje psychický faktor sebevraždy. Snaží se dostupnými prostředky sebevraždě zamezit nezávisle na motivaci k ní a to prostřednictvím hospitalizace, medikace apod.

## **Psychologie**

Psychologie jako věda by se neměla snažit sebevraždu soudit, nýbrž ji pochopit – rozklíčovat její individuální smysl. Sebevražda je jedna z možností člověka. V této souvislosti vyvstává morální otázka: Má člověk právo na to, zvolit smrt? Má společnost právo zabraňovat jedinci v páchání suicidia?

Psychologie se zabývá individuálním smyslem sebevraždy, tzn. ne jako sociologie zvenku a z vrchu, ale zevnitř. Existuje sice typologie sebevražd, avšak každé suicidium má svůj vlastní individuální smysl

K počátku vědeckých výzkumů a statistických záznamů ohledně sebevražd dochází zhruba na přelomu 18. a 19. století. U nás podává jedny z prvních statistik Masaryk (1930), později Růžička (1966, 1968)

## **Psychoanalýza**

Psychoanalytický, respektive Freudův, pohled na suicidium je takový, že sebevražda je vyústění pudu smrti (Thanatos). „Podle Freuda tedy existuje primární biologická tendence ke smrti, s pasivními a aktivními projevy. Pud smrti na sebe bere různé formy agrese a destrukce, zaměřené nejen navenek (vůči jiným lidem), nýbrž i dovnitř, vůči vlastní osobě. Jestliže pud smrti dominuje, zejména vlivem silných nebo častěji se opakujících traumatizujících událostí, objeví se v nejrozmanitějších podobách, zejména jako sadismus a masochismus a jiné formy sebeničících tendencí. Podmínky pro autoagresivní jednání vzniknou např. tehdy, jestliže



*jedinec zažívá ambivalentní city (lásky a nenávisti) vůči druhé osobě, kterou ztratil. Ztotožněním jedince s tímto objektem ambivalentních citů nastává přesun agrese z původního objektu libida na vlastní osobu; tak vzniknou agresivní sadistické tendence obrácené dovnitř. Čin, který se jeví jako sebevražda, je tedy – podle Freuda – v podstatě vraždou, neboť úmysl zabít platí někdejšímu objektu lásky, se kterým se pachatel podvědomě identifikoval.“* (Viewegh, 1996, s. 58) Tento přístup je z dnešního hlediska jednoznačně redukcující a bývá kritizován z podobných důvodů jako sama celá psychoanalýza – pro svůj biologický determinismus.

Na Freudovo pojetí sebevraždy navazuje Menninger (1996), který deklaruje, že v suicidiu jsou obsaženy (nerovnoměrně) více či méně tři tendence – přání být zabit, přání zemřít a přání zabít. Přání zabít je v podstatě Freudem zmiňovaný fakt, že sebevražda je přesunutí agrese adresované původně jiné osobě směrem k osobě vlastní. Přání být zabit souvisí s pocity viny, kdy vlastní smrt je chápána jako trest za různá provinění. Přání zemřít vyjadřuje nerovnováhu mezi pudem života a pudem smrti – pud smrti zde převažuje.

Jung suicidium v podstatě považuje za přípustné, když říká - živé je jen to, co se samo dokáže zničit.

Adler k problému sebevraždy přistupuje prostřednictvím své teorie komplexu méněcennosti. Suicidium je dle něj vyjádření snahy překonat pocit méněcennosti. Zakladatel individuální psychologie připisuje velký význam interpersonálním vztahům. Sebevražda u dětí může být produktem konfliktu dítěte s dospělým. Taktéž nevhodné výchovné přístupy mohou později generovat suicidální chování. (Viewegh, 1996)

Jungiánský psychoterapeut James Hillman (1997, s. 50) píše: „*Protože sebevražda je způsob, jak se přiblížit smrti, a protože toto setkání je provázeno těmi nejroztodivnějšími fantasiemi, znamená to, že chceme-li pochopit sebevraždu, musíme vědět, jaké mytické fantasie probudila v lidské duši.*“

## Behaviorální a kognitivní psychologie

Behaviorální teorie vyznačující se svým jednostranným zaměřením na složku chování považují suicidium za naučený mechanismus získaný prostřednictvím nápodoby. (Granello, Granello, 2007)

Kognitivní přístup zdůrazňuje především beznadějnost, kterou jedinec vnímá v rámci svého života. Beck sestavil kognitivní triádu (negativní myšlenky o sobě samém, o okolním světě a o budoucnosti), která, pokud se vyskytne, je rizikovým faktorem rozvoje sebevraždy (ale i deprese). (Granello, Granello, 2007)

Kognitivně-behaviorální přístup syntetizuje oba výše uvedené postoje. Sebevražedné chování je vlastně projevem jednak chybně naučeného chování a jednak dysfunkčních kognitivních přesvědčení a schémat jedince.

### Humanistická psychologie

Frankl sebevraždu rezolutně odmítá. Podle něj neexistují problémy tak velké, aby z nich nebylo jiné východisko než suicidium. Sebevraždou naopak problémy zvětšíme, nijak je nevyřešíme. Dobrovolnou smrtí nelze odčinit ani vina za utrpení, které jsme způsobili jiným. Kromě toho Frankl považuje utrpení jako jednu z cest k nalezení smyslu života. Suicidium chápe jako vyjádření nemožnosti nalezení smyslu života jedince, který nespátňuje důvody k životu. (Frankl, 2006)

K tématu utrpení se vyjadřuje i Viewegh (1996, s. 71): *„Poněkud zjednodušeně se tvrdí, že sebevrah je člověk, který nesnáší – nebo není schopen snášet – utrpení. Toto tvrzení však není tak jednoznačné. Člověk je s to snášet mimořádné veliké strádání a utrpení, jestliže je přesvědčen o jeho smyslu. To, co přivádí sebevraha k suicidálnímu činu, je hodnotový prožitek nesmyslnosti utrpení.“*

### Reflexe sebevraždy z hlediska společenské přijatelnosti

Ve většině společností minulých i současných je sebevražda chápána jako něco negativního. Bývala označována za hřích, zločin nebo za projev šílenství. Je ovšem několik výjimek, kdy sebevražda může být viděna jako hrdinství, vykoupení či jiný ctnostný akt.

Chápání suicidia jako něco nepřijatelného a špatného souvisí s bazálním pojetím smrti jako takové. *„Pohlédneme-li do minulosti, na dávné lidi a jejich kultury, zjistíme, že smrt byla pro člověka vždy čímsi odpuzujícím, a vždycky asi také bude. Z pohledu psychiatrie je to zcela pochopitelné a nejlépe se to snad dá vysvětlit na příkladu naší vlastní elementární zkušenosti – v našem podvědomí je smrt něčím, co prostě ve vztahu k nám samým, k naší vlastní osobě, není*

*možné. (...) Sama smrt je tak spojována s nějakým zlým nebo špatným činem, je to událost budící strach, něco, co volá po odplatě nebo trestu.*“ (Kübler-Ross, 1992, s. 2)

Přijatelnost či nepřijatelnost sebevraždy v rámci společnosti souvisela v minulosti velmi silně s tím, jaký náboženský či filozofický postoj v dané době dominoval. Např. názory křesťanství na sebevražedné chování byly vždy poměrně striktní, viz výše. Ovšem pokud člověk zemřel jako mučedník a obětoval se Bohu, nebyl to hřích ale vykoupení.

Dokud legislativa nebyla oddělena od církve, suicidium bylo klasifikováno jako zločin, který býval, v případě, že pokus byl neúspěšný, po zásluze potrestán.

Existovala však i společenství, kde byla sebevražda normální součástí života či dokonce projev hrdinství. U některých přírodních národů a kmenů bylo suicidium jednou z cest vypořádání se se smrtí, ulehčením společenství od nemohoucích jedinců, kteří by jen zatěžovali ty zdravé. Monestier (2003, s. 328) uvádí jako příklad Vizigóty, Thráky, Venety, Vandaly nebo Góty, kteří pociťovali velkou úzkost ze stárí. *„Jakmile překročili roky největší síly, začali netrpělivě sledovat plynutí času. Přestože se každým dnem blížila hodina odchodu do ráje, ve stopách stárí kráčela nemoc a slabost. Bylo tedy běžné vidět statné a naprosto zdravé starce, jak páchají sebevraždu skokem ze skály vyhrazené pro tento účel poté, co se na opulentních hostinách rozloučili s živými.*“ Keltové dokonce slibovali sebevrahům rajský život.

Také asijský svět reflektoval a stále reflektuje sebevraždu jinak. V Japonsku má sebevražda po staletí velkou tradici. Harakiri bylo otázkou cti, během války probíhalo hromadné kamikadze. *„V Japonsku je smrt ospravedlňující zkouškou velké hodnoty, a protože sebevrahovi zjednává přístup mezi uctívané předky, pohlíží se na ni s úctou a respektem. Výsledkem je, že se sebevražda vnímá jako instituce, jako výrazový prostředek zasluhující si respekt, který v zemi vyznávající buddhismus nevedl nikdy ke ztrátě cti, jak to požaduje naše západní morálka. (...) Přestože je dnes Japonsko třetí průmyslovou velmocí světa, respektování forem, které zajišťují harmonii vědomí, je u japonských buddhistů a šintoistů stále živé. Vzhledem ke 40 000 sebevražd ročně vidíme, že možnost zabít se si uchovala i nadále svou hodnotu jako odmítnutí, protest i výraz smyslu pro čest.*“ (Monestier, 2003, s. 364 - 366)

V moderních společnostech bylo postupem času suicidium vyškrtáno z klasifikace zločinů, to ovšem nesmazalo nepřijatelný dojem, kterým i nadále sebevražda působí. Ačkoliv

výzkumy ukazují, že většina sebevražd není patického charakteru, suicidium je běžnou populací chápáno obvykle jako projev šílenství. Odborníci z řad psychiatrů a psychologů přistupují k suicidálnímu chování jako k něčemu, co vyžaduje jejich intervenci. Suicidálního člověka je třeba terapeutizovat a posléze snížit či ideálně odstranit jeho suicidální potenciál.

I v naší společnosti jsou ale případy, kdy je sebevražda přijata jako čin úctyhodný. Za všechny lze zmínit sebevraždu Jana Palacha, který tak vyjádřil svůj postoj k režimu a upálil se. Jeho oběť vešla do celosvětových dějin. V tomto případě šlo jistě o důkaz krutosti státního zřízení, který jednotlivce dožene k tak hrůznému aktu, stejně jako o ukázkou toho, že jedinec je schopen v některých chvílích obětovat svůj život za všechny ostatní, přestože jistota žádoucích důsledků jeho chování není úplná.

V současnosti se suicidium jako kladně hodnocený akt projevuje také v prostředí islámského fundamentalismu. Jak již bylo řečeno, islám jako takový sebevraždu nikterak neospravedlňuje. Radikální muslimské odnože (zejména šíité) však v rámci svaté války vysílají své příslušníky páchat sebevražedné atentáty. Tento terorismus se v poslední době projevil např. při světoznámém útoku 11. září 2001. Sebevražda je zde projevem hrdinství, neohroženosti a odvahy padnout za své přesvědčení v rámci své ideologie. Teroristé používají často bombové nálože, k nimž jsou připoutáni a které odpálí v davu lidí. Výjimkou nejsou ani únosy letadel s civilisty. Atentátníci mají vidinu rajske odměny, která přijde po smrti. Tyto sebevražedné projevy jsou postaveny na ortodoxním výkladu Koránu, který umožňuje množství různých interpretací. Islámští fundamentalisté věří, že musí bojovat proti globalizaci a amerikanizaci světa, který by byl spasen jen prostřednictvím pravé víry. (Monestier, 2003)

Dalo by se říci, že sebevražda je společností více akceptovaná, pokud sleduje nějaké vyšší cíle, s nimiž se dokáže ztotožnit větší množství lidí, např. zmíněný boj proti režimu nebo oběť ve válce apod. Pokud jde však o čistě osobní motivy pramenící z hluboké osobní bolesti jednotlivce, okolí na jeho suicidální čin posléze nahlíží jako na něco, co nebylo nutné. Pro většinu lidí je nepředstavitelný sebevrahův stav zúžení, který mu nedovoluje vidět jiné perspektivy. Téma k polemice je jistě otázka, zda má člověk právo si sáhnout na život bez toho, aby byl nuceně hospitalizován a terapeutizován. Zde se již dostáváme také poblíž problematice eutanázie, jejíž přijatelnost je velmi aktuální a kontroverzní téma. Lékaři, psychologové i terapeuti by nikdy neměli zapomínat položit si otázku: Je důležitější život či jeho kvalita?

### 1.3 Formy, způsoby a motivy suicidálního chování

#### 1.3.1 Formy

Množství autorů přistupuje k formám suicidálního chování jako k typům chování umístěným na jednom kontinuu, tzn. různé formy se od sebe kvantitativně liší, jinými slovy lze je v podstatě odstupňovat. Nejprve se objevují suicidální myšlenky, ty mohou vést k suicidálním tendencím vyúsťujícím k samotnému suicidálnímu pokusu, který se stává dokonaným či nedokonaným suicidiem. Existují však i opačné názory hovořící o tom, že tyto formy suicidálního chování nelze dávat vedle sebe na jednu osu a je mezi nimi rozdíl taktéž kvalitativní.

#### Suicidální myšlenky

Úvahy o neexistenci sebe sama nejsou jevem nutně patologickým. Objevují s v životě téměř každého jedince, zejména v období adolescence. Jde však z převážné většiny o myšlenky spíše náhodné, které nevedou k jakékoliv snaze o realizaci. Pokud hovoříme o sebevražedných myšlenkách jako o jedné z forem suicidálního chování, jde o těžko odklonitelné úvahy zabírající značnou část času subjektu a jsou intenzivní povahy. Můžeme je ve své podstatě kategorizovat jako egosyntonní nebo egodystonní, dle toho jak je subjekt přijímá či nepřijímá jako součást sebe a jak je s nimi srozuměn. Důležitá je míra jejich konkrétnosti a případný přerod v suicidální tendence. (Koutek, Kocourková, 2003)

#### Suicidální tendence

Sebevražedné myšlenky mohou svou konkretizací vyústit v suicidální tendence, které už jasně rýsují potenciální suicidální pokus. Subjekt se zabývá tím, jak by čin případně zrealizoval, plánuje prostředky, které si neváhá zajistit (obstará si zbraň, léky aj.), místo a čas sebevraždy. Mohou se objevit verbální a neverbální známky této fáze. Pokud se jedinec definitivně rozhodne spáchat suicidium, může paradoxně dojít ke zdánlivému zlepšení jeho stavu. Je to z toho důvodu, že se mu v podstatě uleví, sebevraždu vidí jako řešení svého problému, které chce zrealizovat.

Viewegh (1996) hovoří o termínu suicidální mentalita. Toto nastavení dává vznik prvním náznakům suicidálních tendencí a fantazií. Suicidální mentalita je poměrně rozšířená a nemusí

vyprodukovat skutečné sebevražedné chování. Subjekt může setrvat u nezávazného pohrávání si s představami vlastní smrti.

### Suicidální pokus

Suicidální pokus (tentamen suicidii) je „*definován jako každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nikoli s letálním koncem*“. (Koutek, Kocourková, 2003, s. 28) TS je třeba odlišovat od dokonané sebevraždy. Otázkou je, zda je tentamen suicidii pouze nepovedenou sebevraždou nebo zde jsou i kvalitativní rozdíly

Existují určité odlišnosti, které jsou nalézány mezi suicidiem a tentamen suicidii. Souvisí to jednak s pohlavím, při čemž ženy se častěji dopouštějí TS a muži suicidia, které je dokonané. Toto ale patrně souvisí se zvolenými prostředky – muži užívají většinou způsobů, které bývají letálnější (viz dále). Výskyt pouhého suicidálního pokusu je vyšší v první polovině života, v té druhé naopak převažuje dokonaná sebevražda a to u obou pohlaví. Zde zase může účinkovat fakt, že sebevraždy bývají častěji dokonávány u jedinců staršího věku, kteří v hojnějších případech již žijí sami a u nichž bývá pomoc z okolí hůře dostupná. I motivace bývá odlišná – u TS je povětšinou interpersonálního charakteru (vztahové problémy), u dokonaných sebevražd spíše motivy vycházející z intrapsychického prostředí. Dokonaná suicidia bývají detailněji naplánovaná a méně afektivní. (Koutek, Kocourková, 2003)

Suicidální pokus nemusí mít v pozadí naprosto jasné rozhodnutí zemřít. Některé subjekty zpětně vypovídaly, že svůj život v podstatě svěřily náhodě, hře osudu. To, že přežily, nepovažují za „neúspěch“. V případě, že subjekt nechce zemřít, ale chce na sebe jen přivolat zájem svého okolí, bývá někdy užíván pojem „demonstrativní sebevražda“. Tento čin však není o nic méně závažný než akt s jasnou letální motivací jedince. Někdy je označován také termínem „parasuicidium“.

### Suicidium

Suicidium je vlastně vyústění suicidálních tendencí ve skutečný sebevražedný akt. Problém se objevuje v otázce definice motivace. Je suicidium i čin s motivací nevědomou? To je otázka k diskusi. Rozdílné je také tzv. sebezabití, kdy dojde ke smrti jedince jeho vlastním přičiněním, avšak s absencí původního záměru – např. nedbalost, nepozornost (pád z mostu opilého člověka s následkem smrti).

Pokud jde o jakési druhové rozdělení suicidií, obvykle bývá uváděna jednak bilanční sebevražda, dále již zmiňované parasuicidium neboli demonstrační sebevražda a impulzivní sebevražda.

Bilanční sebevražda bývá promyšlený čin vycházející z toho, že suicidant má pocit, že už pro něj v životě není místo nebo že jeho situace je neřešitelná (např. maligní onemocnění). V zásadě lze říci, že tato forma sebevraždy je typická i pro psychicky zdravé jedince. Ovšem existují názory, že v podstatě každé suicidium vyrůstá z patologického podkladu.

Parasuicidium je volání o pomoc s jasně vědomou motivací. Pokud ale jedinec chce prostřednictvím svého suicidálního jednání něčeho dosáhnout, ovšem tuto motivaci si vědomě nepřipouští, hovoříme o tzv. účelovém suicidálním chování. Existuje také simulace sebevražedného chování, prostřednictvím něhož se osoba snaží cíleně vyhnout určité situaci. Všechny zmíněné druhy suicidálních pokusů však mohou nešťastnou náhodou skončit smrtí.

Impulzivní nebo zkratkovitá sebevražda je akt provedený pod tlakem aktuálního rozrušení bez promyšlení si svého jednání. Motivace je co nejrychlejší únik z tísnivé situace.

Dále existuje dělení dle normality jedince - bílá a černá sebevražda. První uvedená je suicidium *sine morbo psychico*, čili v normálním duševním stavu bez přítomnosti patologie, druhá zmíněná je sebevražda vycházející z psychické patologie jedince (např. u depresivních osob, psychotiků aj.). Demonstrativní sebevražda bývá někdy vnímána jako suicidium bílého typu, protože u jedinců, kteří ji spáchají, nebývá mnohdy nalezena patologie. Tyto dva typy sebevraždy se tedy částečně překrývají.

Pokud se sebevražedného pokusu účastní více jedinců, může jít o tzv. sebevraždu párovou neboli suicidální dohodu. Dvě osoby, např. milenci, se dohodnou, že spolu ukončí své životy. Jedna z osob bývá tzv. induktor, který je zdrojem nápadu stát se kandidáty dobrovolné smrti. Druhý je nazýván indukovaným.

Pokud ovšem dojde k situaci, že suicidant docílí smrti i jiných osob, takřkajíc je vezme s sebou, jde o tzv. rozšířenou sebevraždu, kde ale musí být přítomna patologie. Např. v nedávné době byl zaznamenán případ matky, která pod vlivem laktační psychózy zabila své děti a pak se pokusila i o svou vlastní smrt. Pokud nejsou přítomny patologické fenomény, jde o vraždu s následnou sebevraždou. (Koutek, Kocourková, 2003)

Dále je uveden výčet nejdůležitějších signifikantních rozdílů mezi tentamen suicidii a dokonanou sebevraždou (Schlieffen, 1969, dle Viewegh, 1996)

- a) U žen je častější tentamen, u mužů dokonaná sebevražda.
- b) Pokusy dominují u obou pohlaví v první polovině života. Dokonaná sebevražda je naopak častější ve druhé polovině života.
- c) Použité sebevražedné prostředky u pokusu jsou „mírnější“, u dokonáných sebevražd „tvrdší“.
- d) Motivy suicidálního pokusu jsou méně výrazné a vycházejí většinou z oblasti interpersonálních konfliktů, u dokonáných sebevražd vedle interpersonální problematiky stojí i motivy vyplývající z ohrožení existence jedince.
- e) Suicidální pokus je výsledkem spontánního, bez delšího rozmýšlení realizovaného rozhodnutí; pro dokonanou sebevraždu je naopak příznačná dlouhodobě plánovaná příprava.

Existují přístupy, které se kloní ke stanovisku, že každá sebevražda je ve své podstatě patologický jev. Čili sebevražda biická či demonstrativní vlastně neexistuje. Jedinou možnou variantou je patické suicidium, protože pokud si člověk dokáže způsobit vlastní smrt, překračuje tím pud sebezáchovy, který je vlastní v určité formě všem živočichům, a který u tohoto jedince musí být tedy nějak zdeformovaný somatickým nebo psychickým onemocněním. Tyto argumenty však opomíjejí fakt, že u člověka hraje roli široce diferenciovaná struktura hodnot, která může mnohé ovlivnit i u naprosto racionálně smýšlejícího jedince. Člověk je např. schopen altruistického sebeobětování (např. matka se obětuje pro své dítě).

Velmi obtížné je také stanovit, co je normální. V naší kultuře je smrt chápána jako něco špatného a přivodit si ji dobrovolně tedy znamená provést něco zlého. Není to normální, a tedy je to patologické. Tento názor však naráží právě na nejednoznačné vymezení normality. Nevole (1966, s. 292) říká: *„Obecné hodnocení duševních projevů jako kladných nebo záporných, zdravých nebo chorobných je obtížné proto, že řád lidské společnosti je produktem téhož duševního a biologického dění, pro něž má být potom měřítkem.“*



Viewegh zmiňuje velmi dobrou Dahlgrenovu připomínku k tématu patologie versus normalita sebevraždy: „*Jediným kritériem pro posouzení mentálního stavu sebevraha v okamžiku suicidálního činu je jeho jednání; a právě samotný suicidální čin je důkazem nenormálnosti sebevraha.*“ (Dahlgren, 1945, dle Viewegh, 1996, s. 49) Faktem je, že i psychicky zdravý jedinec se pravděpodobně může i při bilanční sebevraždě vyznačovat patologickými projevy, zejména v emoční sféře. (Viewegh, 1996)

Stanovit dělicí čáru mezi patologickou a nepatologickou formou suicidia je v podstatě nemožné. Posouzení všech proměnných bývá velmi obtížné také z toho důvodu, že pokud je sebevražda dokonaná, můžeme se o motivaci a o průběhu suicidálního vývoje spíše jen dohadovat, v lepším případě čerpat z výpovědí blízkých osob či písemných nebo jiných záznamů, které po sebevrahovi zbyly. Je třeba si uvědomit, že nejde jen o to posoudit průběh sebevražděného aktu, ale i o to, posoudit někdy i mnohaleté suicidální pozadí, v rámci něhož se mohlo suicidantovo nihilistické životní nastavení složitě formulovat. Spouštěč k sebevraždě může být leckdy velmi malicherný a je nutné ho odlišit od motivace, která se mohla rozvíjet v dlouhodobém procesu.

#### Sebevražda zvířat

Odborníci diskutují, zda existuje sebevražda i u jiných živočišných druhů než je člověk. Jsou známy případy zvířecího sebezabití, které jako úmyslná suicidia skutečně působí.

Představitel sociálního darwinismu Morselli tvrdil, že sebevražda je projevem přirozeného sociálního výběru a objevuje se tedy i u zvířat. Jiní odborníci ale oponují, že sebevražda je podmíněna uvědoměním si vlastního já a své konečnosti, stejně jako pochopením určitých časových dimenzí (minulost-přítomnost-budoucnost), stejně jako určitou anticipací následků vlastního chování. (Viewegh, 1996) Z některých výzkumů, ale vyplývá, že např. primáti jsou schopni do určité míry uvědomit si sama sebe, vnímat časovou posloupnost a dokonce v rámci možností uchopit koncept smrti (např. Fouts, 2000).

Monestier (2003) uvádí případ bytosti Mao-kung, odchycené v Číně v 70. letech, která byla nejprve považována za Yettiho, později však odborníky označena za druh opice. Tento tvor žijící v kleci nakonec ukončil svůj život oběšením.

Sebevražda zvířat je téma určené spíše k polemice. Jisté je však pravděpodobně to, že zvířata v určitých extrémních situacích jednají instinktivně stylem, který je může vést k sebeusmrcení působícímu na první pohled stejně jako lidské suicidium.

### 1.3.2 Způsoby

Rozlišujeme tzv. tvrdé a měkké způsoby provedení suicidia. Tvrdé jsou ty, u nichž je obtížnější suicidanta zachránit a zachovat jeho život, protože vedou rychleji ke smrti, měkké jsou ty, u nichž se častěji daří osobu zachránit, protože jejich nebezpečnost je nižší a ke smrti tak dochází s delší časovou prodlevou. Mezi tvrdé metody tedy můžeme zařadit strangulaci, užití střelné zbraně, skok z velké výšky, někdy i pořezení se větší závažnosti. Mezi měkké řadíme intoxikaci léky, skok z menší výšky či povrchové pořezení se. Nejčastější metodou sebevražd je dlouhodobě poměrně jednoznačně strangulace, tedy „tvrdá“ metoda poměrně letálního charakteru. U TS bez letálního konce jsou zaznamenávány spíše metody „měkčí“. Vyšší letalita u sebevražedného pokusu zvyšuje pravděpodobnost dalšího suicidálního chování v budoucnosti.

Údaje Českého statistického úřadu zaznamenávají, že v letech 2001-2005 byla nejčastějším způsobem dokonaného suicidia strangulace (více než 50%), kolem 9% sebevražd bylo spácháno skokem z výšky, další hojnou metodou bylo užití střelné zbraně (kolem 5%) a na čtvrtém místě se umístila intoxikace medikamenty (kolem 4%). Poměrně aktuální údaje z roku 2010 uvádějí, že v tomto roce bylo v ČR spácháno celkem 1502 sebevražd, z toho 967 oběšením, 146 zastřelením, 141 otrávením, 113 skokem z výšky, 65 ostrým předmětem, 32 lehnutím si nebo skokem před pohybující se předmět a 18 utopením. (ČSÚ, 2012)

Přestože metoda skoku z výšky nepatří mezi úplně nejčtenější, mezi českou populací – zejména pražskou – již zlidověl obrat „jít skočit z Nuseláku“ hojně užíván v hovorové řeči, odkazující na typické pražské místo užívané k sebevraždám – Nuselský most.

Volba metody suicidia je velmi závislá na dostupnosti prostředků. Mezi populací zaměstnanou ve zdravotnictví je např. velmi hojnou metodou intoxikace medikamenty z prostého důvodu dostupnosti léků těmito lidem. V USA je velmi hojným nástrojem sebevrahů střelná zbraň, jelikož ve Spojených Státech je daleko běžnější než u nás vlastnit revolver, pušku aj. Faktor dostupnosti dokládají i příklady z minulosti. Např. v 80. letech výrazně vzrostl počet

sebevražd na souostroví Samoa. To bylo ovlivněno snadností si opatřit velmi silný herbicid Paraquat. Přístup k jedu byl později opět omezen a suicidalita populace poklesla. (Monestier, 2003)

Také pohlaví do určité míry rozhoduje o způsobu provedení sebevraždy. Muži častěji volí letálnější metody. To může být důvodem toho, proč muži v počtu dokonaných sebevražd výrazně převyšují ženy. Nemusí to tedy být tím, že by ženy měly nižší sklon k suicidálnímu chování.

V letech 2006-2010 byla nejhojnější metodou u mužů strangulace (67,4%). Druhou nejčastější metodou bylo užití střelné zbraně (11,5%), třetí byla intoxikace medikamenty (6,7%). U žen v tomto časovém období první příčku okupuje taktéž strangulace se 44,8%, ovšem druhá nejčastější metoda je intoxikace zastoupena 23,4%, což je poměrně vysoké číslo. Třetí nejčastější cestou spáchání suicidia je u žen v tomto období skok z výšky (16%). (ČSÚ, 2012)

Pokud jde o mladší populaci, „*ve skupině dětí do 14 let a adolescentů do 19 let nacházíme u chlapců převážně strangulaci, u dívek seskok z výšky, i když jiné způsoby rovněž nejsou vyloučeny. Výjimečně vedlo ke smrti sebevraždou pořezání, u starších chlapců pak zastřelení.*“ (Koutek, Kocourková, 2003, s. 35)

U dětí a dospívajících se také často objevuje neschopnost posoudit adekvátně nebezpečnost metody. Může se tak stát, že dítě použije letální metody, aniž by myslelo sebevraždu úplně vážně právě proto, že špatně odhadlo účinnost dané metody (popř. látky). Děti často léky hodnotí ze svého subjektivního hlediska. Např. živočišné uhlí jim může připadat ve velkém množství určité jedovaté, přestože objektivně ohrožení života při předávkováním živočišným uhlím nehrozí. Naopak v domácnosti běžný paralen je ve větším množství velmi nebezpečný. To dítě ale často není schopno posoudit.

Také existuje určitý historický vývoj užívaných způsobů sebevraždy. Např. stavění stále vyšších budov podle Monestiera (2003) způsobilo, že v roce 1969 předstihl skok z výšky jako způsob sebevraždy dosud „nejoblíbenější“ udušení.

Významnou proměnnou jsou kulturní faktory prostředí, urbanizace či geofyzické činitele. Toto je totiž úzce spjato s dostupností prostředků. Lidé žijící v bezprostřední blízkosti lesa se snáze rozhodnou pro oběšení. Naopak ti, kteří žijí ve městech, se přikloní mnohdy spíše ke skoku z výšky. Ve státech, kde je lehkou dostupná střelná zbraň (USA), lidé častěji volí zastřelení. Také

rozšíření plynu v domácnostech mělo vliv na páchání sebevraždy prostřednictvím trávení plynem. Dostupnost nástrojů ovlivňuje někdy i vykonávané povolání suicidanta. Již zmínění zdravotničtí pracovníci často sáhnou po medikamentech, kterými se intoxikují.

Suicidium musíme posuzovat zároveň s aspekty dané kultury a dané doby. „*Žádnou sebevraždu v minulosti nebo přítomnosti nelze studovat mimo širší sociokulturní rámec.*“ (Viewegh, 1996, s. 13) Suicidální chování se vyskytuje v kultuře vyspělé, ale i v kulturách přírodních národů. „*U primitivních skupin jsou zvýrazněny motivy sexuální (nevěra – obava před trestem za nevěru, ztráta životního partnera), sociálně-ekonomické (nedostatek potravy), motivy protestu vůči nesvobodě a špatnému nakládání (např. ženy Indiánů a Eskymáků se chtějí sebevražedným činem vyhnout nelidskému zacházení od svých rodičů a manželů). Ve větší míře se uplatňuje i motiv msty (v našich sociokulturních podmínkách sebevražda jako msta figuruje především v suicidálním jednání mládeže).*“ (Viewegh, 1996, s. 14) V některých primitivních národech se objevuje i dobrovolné usmrcení starých členů skupiny např. v době hladovění.

Taktéž jednotlivé způsoby suicidia mají ještě svá vlastní specifika. Monestier (2003) uvádí, že v 19. století bylo napočítáno 261 různých pozic oběšen. Ve 168 případech se nohy sebevraha opíraly o zem. Ve 42 případech tělo klečelo na kolenou. Ve 22 spočívalo tělo na zemi. V 19 případech mrtvola seděla a poslední 3 případy dokonce seděly na bobku. Nástroje strangulace se také liší. Běžný bývá provaz, ale objevuje se i pásek, tkaničky, prostěradla, švihadla apod.

Suicidium utopením je prováděno nejčastěji v řece či rybníku. Méně často v moři. Řidčeji se objevují i skoky do bazénů a veřejných koupališť.

Páchání sebevraždy jedy bylo velmi oblíbené již v antice, kde se hojně užíval vývar z bolehlavu. Jako příklad této smrti můžeme zmínit i Sókrata. V dnešní době lidé již jedovaté byliny používají k dosažení vlastní smrti zřídka, běžnější je intoxikace medikamenty, při čemž léky bývají často nakombinované. Často bývají užívána anxiolytika, hypnotika, nejrůznější sedativa. (Monestier, 2003)

Pokud hovoříme o běžných způsobech páchání sebevraždy, můžeme jistě uvést i celou řadu velmi kuriózních jak dokonaných suicidií, tak suicidálních pokusů. „*V lékařských análech z roku 1913 se dočteme o sebevraždě muže, který si zavedl do konečníku oblázký. Vyndali mu jich 454 a kamínky zaplnily celkem dvě lahvičky o objemu 360 cm<sup>3</sup>, přičemž lékařská zpráva upřesňuje:*

„Byly to obyčejné říční oblázky, do nichž bylo přidáno pár kousků skla.““ (Monestier, 2003, s. 27)

Někteří sebevrazi dokonce sestrojí k vlastnímu sprovození ze světa doslova d'ábelské stroje. Např. je znám případ muže, který velmi bizarním způsobem použil klavír. „*Tři na sebe položené tlusté slovníky, umístěné pod nohama přední části klavíru (jeho nejtěžší části) zdvihaly klavír asi o třicet centimetrů, takže byl poněkud v nerovnováze. Slabé zatlačení stačilo, aby klavír sjel dozadu. Pan Helt obtočil kolem nástroje elektrickou šňůru jako laso. Potom si lehl pod klavír tak, že směřoval kolmo doprostřed nástroje, nohama ke zdi hlavou k zemi, přesně v místě kam měl dopadnout vršek klavíru poté, co zatáhne za šňůru, jak si propočítal, horní hrana mu spadla na krční obratle a přivodila okamžitou smrt.*“ (Monestier, 2003, s. 37)

Na populaci působí i zprofanované sebevraždy slavných lidí, taktéž i fiktivní případy sebevražd. Např. po stopách knižního hrdiny Werthera se vydalo nespočetně osob bezprostředně po vydání Goethova díla. Taktéž sebevražda Jana Palacha upálením vzbudila velký ohlas v celém světě a zvýšila „oblibu“ této metody.

### 1.3.3 Motivy

Motivy suicidálního chování je velmi obtížné identifikovat a distribuovat. U více než poloviny případů není motivace suicidanta zjištěna. Mnohdy motiv uváděný jedincem je pouze zástupný a v jeho pozadí stojí ještě něco jiného, charakteru vědomého či nevědomého. Důvodů může být taktéž více a nezřídka kdy suicidálnímu pokusu předchází takřikajíc poslední kapka. Zdánlivá malichernost v roli spouštěče je však často jen završením dlouhého suicidálního vývoje. Motivace sebevraha není stabilně daná jednotka. Jedinec může oscilovat mezi přáním žít a zemřít a ani dokonané suicidium nemusí být jednoznačné vyjádření touhy po neexistenci.

Jak již bylo uvedeno výše, suicidální pokus a dokonané suicidium se liší z hlediska motivace. U TS bývají zaznamenávány spíše motivy související s interpersonálními vztahy, dokonaná sebevražda naproti tomu bývá spojena s intrapsychickými fenomény a pocity ohrožení jedince.

Koutek (2003) uvádí statistiku dokonaných suicidií z roku 2000, která uvádí jen 40,6% sebevražd jako suicidia s jasnou motivací, u zbytku byl motiv neprokázán. Nejhojněji vyskytujícím se motivem bylo duševní onemocnění u 9,8% osob, dále následovaly zdravotní problémy a tělesná vada u 9,3% případů, po té konflikty a problémy rodinného charakteru u 7,1% suicidantů a nakonec osobní problémy v 6,5% případů.

Struktura suicidální motivace se liší také genderově. U mužů bývají motivy spojeny se zdravotním stavem, u žen souvisí motivace častěji s psychickým onemocněním.

U adolescentů jsou patrná také jistá genderová specifika v motivaci. U chlapců se objevují konflikty a problémy zejména rodinné, ale také pracovní a školní. U dívek dominují hlavně psychická onemocnění, ale i somatické obtíže.

Koutek (2003) dále zmiňuje několik výzkumů zabývajících se motivací suicidálního pokusu u adolescentů. Statistika z roku 1989 udává u dětí do 14 let jako marginální motiv rodinné problémy a konflikty (46%), velký význam mají také problémy pracovní a školní (35%). U dospívajících do 19 let motiv rodinných problémů a konfliktů tvoří 31%, následují problémy erotické (25%) a pracovní a školní (20%). Na rozdíl od dokonaných suicidií je málokdy jako motivace zjištěn špatný zdravotní stav.

Výzkum dětí a dospívajících pocházející z Německa prezentuje jako nejhojnější motiv suicidálních pokusů také rodinné konflikty (32%), dále pak partnerské konflikty (16%), studijní a pracovní problémy (11,5%) a nakonec sexuální problémy (7%).

Z výzkumu prováděného ve FN Motol na Dětské psychiatrické klinice v letech 1995-1999 vyplývá, že ve 33% tkvěla příčina suicidálního pokusu v problémech s rodiči, ve 31% případů ve školních problémech, v 18% byla motivace spojena s oběma předchozími motivy a nakonec v 8% případů šlo o partnerský konflikt a v 5% případů o tělesné onemocnění. (Koutek, 2003)

Většina odborníků se ale shoduje na tom, že motivace bývá velmi špatně čitelná, jak u dokonaných suicidií, kde můžeme vysuzovat závěry z výpovědí blízkých osob, z dopisů na rozloučení či z deníků, tak u tentamen suicidii, kdy můžeme hovořit se samotnou osobou, avšak její vědomé motivy nemusí vždy být v souladu s nevědomými příčinami.

Viewegh (1996) naznačuje, že suicidální motivace je úzce spjata s narušením hodnotové struktury. Zde bychom měli pátrat v případě, že skutečně chceme objasnit psychologické příčiny sebevraždy. Jedinec jako jediný tvor z živočišné říše hodnotí smysl obsažený ve svém bytí. Pokud tento smysl ztratí nebo ho přestane vidět, může to být podnět k rozvinutí suicidálního vývoje. Velmi důležitý je hodnotový prožitek vlastního já, neboli sebehodnocení, který podmiňuje vnímání smyslu života. Toto sebehodnocení je však závislé na signálech získaných od dalších osob, prostřednictvím nichž dochází k potvrzení vlastní osoby. Pokud jedinec přijde o kontakty z vnějšku, naruší to většinou významně i jeho sebevědomí a sebehodnocení.

Monestier (2003) se pokusil zobecnit nejčastější motivy sebevražd napříč historií. Za nejběžnější motivaci suicidentů tedy považuje: lásku, přátelství a věrnost, hanbu, nespravedlnost a morální úpadek, čest, vlastenectví, finanční úpadek, politické a ekonomické krize, oběť, nemoci ducha i těla, víru a pověry.

Berman, Jobes a Silverman (2007, s. 138) také vymezují různé příčiny suicidálního jednání:

- únik od bolesti – lepší než nepříjemné pocity jsou žádné pocity
- odplata – agrese namířená vůči osobě, u které člověk pociťoval na něho směřované agresivní chování
- znovuzrození – magické myšlení vztahující se k přesvědčení, že po smrti přijde nový život a druhá šance
- kontrola a moc – akt moci nahrazující pocit bezmocnosti
- znovuspojení – se zemřelou osobou, nahrazení narušeného pouta
- sebezpyčování – za pocity viny nebo hříchu

Identifikovat suicidální motivaci není jednoduché a mnohdy, zejména v případě dokonáných suicidií, nedojde k rozklíčování.

## 2. Adolescence a její rizika

Adolescence je termín někdy nejednoznačně užívaný. „Je odvozen z latinského slova *adolescere* (*dorůstat, dospívat, mohutnět*). Přitom označení *adolescenti* (typické pro psychologii) se v českém jazyce volně zaměňuje s označením *dospívající* či *dorost* (typické pro lékařské vědy) a rovněž s širším označením *mládež* (charakterističtější pro sociologii a pedagogiku). (Macek, 2003, s. 9) V české literatuře adolescence někdy označuje údobí dospívání následující po pubescenci a předcházející mladé dospělosti. Ve světové literatuře tento pojem však povětšinou označuje celé období dospívání (včetně pubescence) od započetí vývoje sekundárních pohlavních znaků až do mladé dospělosti, tj. u dívek cca od 12. do 18. roku života a u chlapců cca od 14. do 19. roku života. V tomto smyslu bude užíván termín adolescence v této práci.

Adolescence je jistě velmi složitým obdobím v životě člověka, v němž dochází k množství změn, které nezdědka kdy mohou být obtížně přijímány jedincem. V tomto období je lidská psychika někdy velmi lehce narušitelná a zároveň citlivá na všechny okolní změny, ale i na intrapsychické děje, které individuum mnohdy podrobuje velmi detailnímu zkoumání. Dochází v něm ke změnám somatickým, psychickým i sociálním. Všechny tyto změny jsou ovlivněny interakcí bio-psycho-sociálních faktorů. Společnost klade na dospívajícího určité požadavky a má od něj určitá očekávání charakteristická pro danou kulturu. Spekuluje se o tom, zda je adolescence jako vývojové období čistě kulturně podmíněná, což vyplývá z výzkumů primitivních kmenů, u nichž se tato fáze někdy vlastně vůbec neobjevuje.

V dnešní době v souvislosti se sekulární akcelerací dochází k rozšiřování období adolescence oběma směry. Jedinci se snaží zbavit dětských atributů ve stále útlejším věku, taktéž sekundární pohlavní znaky se začínají objevovat v ranějším věku, avšak ke konci adolescence se dospívající často dostávají do tzv. moratoria, kdy váhají s vytvořením vlastní identity a s osamostatňováním se od rodičů.

Někteří odborníci období adolescence dále člení do dvou fází. První je raná adolescence, někdy také substituovaná termínem pubescence, probíhající cca od 11. do 15. roku života. Začíná pubertou, čili tělesným dospíváním a pohlavním dozráváním. Nadchází změny zevnějšku, po nichž následují psychické změny. Mění se způsob myšlení i emočního prožívání. Jedinci se více orientují na své vrstevníky než na rodiče. Také dochází k velkému životnímu mezníku, čímž je



ukončení povinné školní docházky. Pubescenti začínají navazovat první vztahy s opačným pohlavím, poznávají lásku.

Druhá fáze je pozdní adolescence probíhající cca od 15. do 20. roku života. Začíná ukončením pohlavního zrání jedince. V této době adolescenti navazují první partnerské vztahy sexuálního charakteru. Dochází k profesní profilaci, potažmo k nástupu do zaměstnání či na další studium, i ke komplexním psychosociálním změnám. V této fázi je zahrnut velký mezník dosažení plnoletosti v 18 letech. Toto období bývá završeno postupným osamostatněním od rodičů, ekonomická nezávislost bývá jedním ze znaků dospělosti v naší společnosti. Významné je také vytvoření a přijetí vlastní identity.

Je možné nalézt i členění na tři fáze adolescence – časnou (10-13 let), střední (14-16 let) a pozdní (17-20 let). (Macek, 2003)

Macek (2003, s. 10) shrnuje: „*Trvalou charakteristikou adolescence zůstává, že je považována za most mezi dětstvím a dospělostí. Z ontogenetického hlediska je jejím základním atributem dokončení pohlavního dozrávání, fyzický a duševní rozvoj (růst) a sociální učení v nejširším slova smyslu.*“

## 2.1 Významné změny v období adolescence

### **Tělesný vývoj**

V adolescenci dochází k mnoha tělesným změnám. Dominantní je pohlavní dozrávání doprovázené sekundárními pohlavními znaky jedince, který získává schopnost reprodukce. Důležitý je ale i růst, změna postavy a celková změna vzhledu. Adolescent velmi citlivě vnímá všechny své tělesné změny, mají pro něj obvykle velký subjektivní význam. Také se srovnává s ostatními, mnohdy může pochybovat o svém vzhledu. Toto souvisí taktéž s velkým významem vzhledu a ideálu krásy v naší společnosti, nejen mezi dospívajícími. Změna zevnějšku souvisí s přijímáním nové identity, kterou si jedinec během adolescence vytváří. Dospívající mají tendenci k uniformitě, což se projevuje typickou úpravou zevnějšku odpovídající jejich referenční skupině. Pokud se adolescent cítí nějak tělesně odlišný, často se to fatálně promítá do úrovně jeho sebehodnocení, objevují se pocity méněcennosti apod. Ke konci adolescence si

vyrovnání jedinci vytvářejí svůj individuální styl a již nejsou tolik ovlivňováni ideálem společnosti.

U chlapců se změněné tělesné schéma projevuje zejména nárůstem svalů a růstem do výšky, sekundární pohlavní znaky nejsou tak nápadné jako u dívek, u nichž jsou tyto znaky patrnější. Děvčata se s touto změnou mohou obtížněji vyrovnávat, někdy se stávají terčem nevhodných poznámek vrstevníků nebo mohou být okolím vnímány jako sexuální objekt, přestože psychicky ještě na započetí sexuálního života nejsou připraveny.

### **Vývoj poznávacích procesů**

#### **Myšlení**

Prostřednictvím interakce mezi zráním CNS a učením dosahuje adolescent kvalitativně odlišného způsobu myšlení. Piaget (1966, 1970) toto stádium označoval jako stádium formálních logických operací. Na rozdíl od předchozího stádia konkrétních logických operací v této fázi získává jedinec schopnost abstrahovat a uvažovat nezávisle na konkrétní realitě. Umí uvažovat hypoteticky a systematicky, je schopný zobecňovat z více konkrétních faktů, vytváří si hypotézy, které ověřuje. Dokáže kategorizovat abstraktní pojmy. Je schopen na problém nahlížet z více stran a ne jen čistě egocentricky. Myšlení je flexibilní. Dospívající v tomto věku jsou často nadšeni pro nějaký určitý zájem, v němž se sebevzdělávají. Zabývají se různými teoriemi, baví je přemýšlet nad smyslem života, uvažují o budoucnosti apod. Rádi také diskutují a snaží se protivníka přesvědčit o svém stanovisku. Také se rozvíjí metakognice a schopnost introspekce. Někdy se objevuje přehnaná kritičnost, vztahovačnost i přecitlivělost, nepřijímání kompromisů. Dospívající vnímají změnu svého myšlení a mylně ji interpretují jako něco výjimečného, myslí si, že ostatní neuvažují tak jako oni.

Myšlení však stále ještě není na úrovni dospělého jedince. Adolescent nerozlišuje tolik mezi váhou jednotlivých alternativ, když uvažuje o hypotetických možnostech, přikládá jim často stejnou váhu. Toto souvisí s celkovou nezkušeností jedince.

Adolescent má stále, stejně jako dítě, potřebu jistoty. Jeho jistota ale může být narušena právě tím, že jedinec polemizuje o své budoucnosti, která bývá nejistá. Zároveň ale nejistota a otevřenost budoucnosti otevírá určitou svobodu, jedinec má prostor se v budoucnu libovolně realizovat.

## Paměť a pozornost

Adolescent se učí novým systematickým způsobům učení a to se projevuje i na schopnosti zapamatovávat si. Dokáže si vytvářet účinnější strategie zapamatování informací. Člení učivo na menší celky, zvýrazňuje si podstatné informace, vytváří různé mnemotechnické pomůcky, někteří dospívající dokonce dosahují schopnosti logicky vydedukovat řešení. Také dokáží efektivně opakovat a udržet tak déle informace v paměti.

Tyto nové strategie se vytvářejí i v rámci pozornosti. Dospívající je schopen efektivně zaměřovat a udržet pozornost. V rámci metakognice si uvědomuje, jaké postupy jsou pro něj nejeftivnější a jak rozčlenit svou pozornost tak, aby výsledek byl co nejúčinnější.

## Vývoj emocí

Také emoce se mění v souvislosti se změnou hormonálního systému v těle. Adolescent se stává labilnějším, dráždivějším, často velmi citlivě reaguje i na běžné podněty. Jeho labilita ovlivňuje i jeho myšlení. Dospívající bývá tímto často zmaten, vysoce vnímá své intenzivní citové prožitky, které jej mohou znepokojovat. Hovoříme zde o emočním egocentrismu. Dospívající je přesvědčen, že nikdo neprožívá to, co on. Často si své city, v nichž ani sám nemá jasno, také střeží a nechce je projevovat navenek. Bojí se, že by byl nepochopen, stydí se za své prožitky či svoje emoce ani neumí verbalizovat. Je uzavřenější, zejména vůči rodičům. Výbušnost a vztahovačnost adolescenta často komplikuje mezilidské vztahy s jeho blízkými, hlavně s nejbližšími příbuznými. Mladý člověk se nezřídka kdy může projevovat vůči svému okolí agresivně a hostilně.

Celková nejistota, kterou adolescence může produkovat, spolu s emočním egocentrismem někdy vede k tendenci, že dospívající se noří hluboko do negativních pocitů, v nich ulpívá a ruminuje a zaobírá se s nimi stále dokola. Sám nemusí chápat, z čeho takové pocity vlastně vznikají a v souvislosti s tím pociťuje úzkost. Můžeme dokonce hovořit o určité anhedonii a depresivním ladění mladého člověka. Spolu s intenzitou a výbušností dospívajícího tvoří výše uvedené faktory potenciálně dobrou půdu pro rozvoj suicidálního chování. Toto je jistě téma do diskuse o tom, proč adolescenti páchají v poměrně vysokém počtu sebevraždy.

Emoční změny a labilita adolescenta se promítají i do sebehodnocení, které v této době nemusí být vůbec adekvátním. I sebemenší negativní poznámka z okolí může dospívajícího

doslova vykolejit a otřást jeho sebehodnocením. V pozdní adolescenci dochází ke stabilizaci emocí.

### **Vývoj konace**

Během dospívání se vyvíjí i autoregulační systém jedince. Adolescent lépe zvládá sebekontrolu, je vytrvalejší. Volní složku ale ovlivňují emoce, které ve svém labilním a impulzivním charakteru mohou často znemožňovat dostatečnou sebekontrolu a autoregulaci dospívajícího. V pozdní adolescenci kvalita autoregulačních schopností stoupá, stává se stabilnější.

### **Vývoj identity**

Erikson označil období adolescence jako „identitu versus zmatení rolí“. Úkolem dospívajícího je tedy vytvořit si a přijmout vlastní identitu a tím dovršit toto vývojové období. V rámci vytváření identity si adolescent formuje představu o tom, kým by chtěl vlastně být. Na toto utváření působí mnoho vlivů a to i okolních. Z vnitřních vlivů to je dosažení vyšší úrovně kognitivních funkcí i emoční zralosti. Adolescent začíná uvažovat na jiné úrovni, kriticky přemýšlí. Poznává sám sebe, své schopnosti a své možnosti, přemýšlí o své budoucnosti. Uvědomuje si změnu své osobnosti a na základě toho se mění i jeho sebepojetí. Změny ovšem generují pocity nejistoty a dospívající jedinec si nemusí být jistý, kým vlastně je, pochybuje o sobě a své budoucnosti.

Také nasává informace ze svého okolí, vliv mají vedle rodiny zejména vrstevnické vztahy. Vztah k ostatním je součástí osobní identity. V pubescenci přijímá jedinec skupinovou identitu, což poskytuje na jistou dobu dosažení jistoty. Postupem času ale zvítězí potřeba se samostatně individualizovat a dojde k separaci od skupiny.

Proces individuace směřující k rozvoji vlastní identity má několik fází. Nejprve je to fáze diferenciaci, v níž si adolescent uvědomí své odlišnosti od rodičů, co se týče psychiky i fyzické stránky. Dochází k deidentifikaci s rodiči a dospívající přestává chtít být jako oni, případně se identifikuje s jinými autoritami. Dále následuje fáze experimentace, kde adolescent odmítá být závislý, negativisticky odmítá dobré rady přicházející ze strany rodičovské autority, má pocit všemocnosti a neohrožitelnosti. Po té dojde k fázi stabilizace, kdy se vztahy s rodiči uklidní. Dospívající již volí zralejší způsoby chování. Protože představa úplného osamostatnění zatím

generuje úzkost, zůstává stále ještě v bezpečí rodiny. Poslední fází v adolescenci je fáze osamostatnění. Adolescent se separuje od rodiny a získává nezávislost. Také dochází k vytvoření vlastní identity, která střízlivě potvrzuje jedinečnost daného jedince. Tato identita poskytuje existenci dospívajícího určitý řád a smysl.

Jsou různé cesty k dosažení vlastní identity. Někteří adolescenti mohou pouze přijmout model, který vidí u svých vzorů v okolí. Toto vyhovuje osobám méně kreativním a více konformním, které nemají potřebu se specifikovat skrze vlastní úsilí. Tato cesta je příznačná zejména pro skupinu vyučených, kteří často přejímají model identity ze své rodiny. Jejich cesta je jasně daná. Naopak jiní jedinci si vytvářejí samostatně vlastní identitu, která je originálnější a také se vyznačuje svou konzistencí a stabilitou do budoucna. Pokud jedinec s vytvořením nebo přijetím vlastní identity otálí, mluvíme o tzv. moratoriu. Je to jakýsi čas na rozmyšlenou, kým chce vlastně být.

### **Význam mezilidských vztahů**

Mezilidské vztahy jsou i v adolescentním období významným činitelem socializace. Rodinné vztahy se mírně upozaďují, zatímco velký význam mají pro dospívajícího vrstevnické skupiny.

#### **Rodina**

Význam rodinných vztahů v adolescenci se mění, přesto má rodina stále svým způsobem výlučné postavení, mění se ale vztahy jejích členů mezi sebou. Dospívající je často vůči rodičům z ničeho nic uzavřenější než dřív, někdy s nimi dokonce přestává vycházet či s nimi prožívá konflikty, snaží se oproti nim vymezit. Autorita rodičů se mění. Dospívající již zjistil, že jeho rodiče nejsou neomylní a všemocní.

Odpoutávání se od rodičů je běžný projev dospívání a zároveň jeho úkol. Adolescentovi začíná vadit, že by za něj měl rozhodovat rodič, to se často projevuje negací všeho přicházejícího ze strany rodičů. Rodiče si musí uvědomit, že mimo nových požadavků, které na své potomky mají, jim musí postupně začít přiznávat i nová práva. Vznikají tak dvě protichůdné tendence, jednak snaha rodičů udržet si svou autoritu alespoň formálně, na druhé straně touha dítěte po osamostatnění. Adolescent tráví se svými rodiči stále méně času. Někdy dokonce bere jako ponižující provádět určité aktivity s rodičem.

Ke konci adolescence by měl být proces separace od rodiny ukončen a vztahy by opět měly dosáhnout jisté rovnováhy. Rodiče by měli již akceptovat osamostatnění svého potomka.

Během dospívání se mění i sourozenecké vztahy. Závisí to na pohlaví i věku sourozenců. Adolescent preferuje spíše sourozence stejného pohlaví, kterého může brát jako oporu. Pokud je věkový rozdíl větší, kontakty sourozenců mohou klesat z důvodu rozdílnosti názorů a preferencí. Starší sourozenec může být obdivován pro svou samostatnost a zralost. Mladší sourozenec zpravidla nebývá v centru zájmu adolescenta, který se spíše snaží nebýt s ním v kontaktu. „*Vyšší blízkost ve vztahu k sourozencům uvádějí častěji dívky. V případě pouze jednoho sourozence je blízkost obvykle větší než tam, kde je sourozenců více. Sourozenci jsou často mediátorem konfliktů s rodiči. Uvádí se, že z hlediska vzájemných vztahů je nejvíce negativní, když je mezi sourozenci věkový rozdíl dva až tři roky. Je-li mezi nimi minimální věkový rozdíl (jeden rok a méně), či velký (čtyři a více), méně soupeří a vztahy se zlepšují.*“ (Macek, 2003, s. 56)

#### Vrstevníci

Oproti rodině vrstevnické vztahy získávají velký význam. Dospívající člověk má potřebu patřit do nějaké skupiny, sdílí názory, postoje a normy se svou referenční skupinou, v níž ani nemusí být členem. To dává najevo i úpravou svého zevnějšku, pro dospělé často nepřijatelnou. Vrstevnická skupina je důležitým faktorem v rámci vytváření si své vlastní identity. Pro adolescenta je důležitá pozice, kterou si v kolektivu vydobyl. Také oceňuje to, že vrstevníci řeší podobné problémy jako on a jsou pro něj rovnocenní partneři.

Vztahy s vrstevníky uspokojují různé potřeby adolescenta. Jednak pomáhají v procesu vytváření vlastní identity, adolescent na nějakou dobu přejímá identitu skupinovou. Také poskytují dospívajícímu jedinci odpovídající míru stimulace skrze kontakty, společné aktivity a zážitky. V rámci skupiny získává adolescent nové zkušenosti, co se týče řešení problémů, i sociálních strategií. Členové skupiny se napodobují navzájem, případně napodobují svého vůdce. Vrstevnická skupina také uspokojuje alespoň částečně potřebu bezpečí i potřebu akceptace.

Dospívající má zájem navázat také dyadický vztah, v němž by mohl s druhým sdílet své pocity a prožitky. Je zde určitá intimita zahrnující důvěru v druhého a možnost svěřit se se svými problémy. Toto má význam zejména v pubescenci, v pozdní adolescenci toto může substituovat partnerský vztah. Potřeba přátelství je v adolescenci velmi silná. Dyadický vztah saturuje potřebu

opory, také může sloužit jako zdroj pro poznání sama sebe. Dívky mají spíše méně dobrých přítelkyň, naopak chlapci často preferují kvantitu, ale vztahy jsou pak povrchnější. V přátelském vztahu si jedinec taktéž trénuje některé sociální dovednosti, např. altruismus, být schopen pomoci druhému, případně se pro něj vzdát nějakého svého zájmu. Kamarád může být také zdrojem korektivní zkušenosti v určitých situacích.

Dochází i k navazování prvních partnerských vztahů. Nejprve ve spíše platonické rovině, chození je považováno za potvrzení dosažením schůzky a následným držením se za ruku, případně líbáním a jinými doteky. Adolescent si tímto trénuje své sociální kompetence. Dospívající se seznamují s prvními pocity zamilovanosti – prožívají výkyvy nálad, někdy pocity rozpaků, touhu po druhé bytosti apod. Později se objevují erotické experimenty – nejdříve autoerotické.

V pozdní adolescenci již jedinci navazují partnerské vztahy trvalejšího charakteru a prožívají první sexuální styk. Prožití svého „poprvé“ je nezřídka kdy doprovázené tlakem skupiny a po jeho dosažení je to chápáno jako určitá prestiž. Na konci adolescence dosahují partnerské vztahy odpovídající intimity. Toto úzce souvisí s vytvořením vlastní identity. (Vágnerová, 2005)

## 2.2 Rizikové chování v adolescenci

Období adolescence je velmi senzitivní životní fází, v níž je dospívající otevřen mnoha novým věcem, je to období explorační. Adolescent se zároveň stává vůči těmto novým věcem vulnerabilním. V posledních letech začínají odborníci hovořit o tzv. „syndromu rizikového chování v dospívání“ (SRCH-D). Tento syndrom je hlavní příčinou morbidit a mortality dospívajících ve světě od 90. let minulého století, u nás od pádu totality.

Syndrom překračuje zdravou míru experimentování, které je typické pro adolescentní testování hranic. Obecně jsou do něj zahrnovány tři hlavní okruhy rizikového chování a to: 1. abúzus návykových látek (nikotin a alkohol i další ilegální drogy od kanabinoidů k tvrdším drogám) 2. negativní jevy v psychosociální oblasti – sem patří poruchy chování, agrese, delikvence, taktéž záměrné sebepoškozování a suicidální chování 3. poruchy reprodukčního

zdraví – tzn. předčasné zahájení sexuálního života, promiskuita, nechtěná gravidita u dívek, pohlavně přenosné choroby.

Tyto tři okruhy rizikového chování spolu navzájem souvisí a prolínají se. Mají stejné nebo podobné příčiny, taktéž i protektivní a rizikové faktory. Toto chování mnohdy přes svou nebezpečnost dospívajícímu pomáhá zvýšit svou prestiž ve skupině vrstevníků a tak i posílit sebehodnocení.

V rámci individuálních faktorů působí jako rizikové faktory zejména problémové chování v mladším věku, zanedbávání a zneužívání v anamnéze, nízké sebehodnocení adolescenta, chronické onemocnění nebo handicap adolescenta, předčasné rodičovství, špatný školní prospěch, chudoba nebo příslušnost k menšinám. Naopak jako protektivní faktory hodnotíme vysokou inteligenci a sebehodnocení, pozitivní perspektivy pro budoucnost, oceňování vzdělání a zdraví, empatie, altruismus apod.

Co se týče rodinných faktorů, za rizikový faktor je považována významná ztráta v rodině, chronická nemoc v rodině (včetně závislosti na návykových látkách v rodině), příliš autoritativní nebo naopak příliš liberální výchovný styl či celkově dysfunkční rodina. Protektivními faktory jsou dobré vztahy v rodině a dobrá komunikace, optimální výchovný přístup a shoda hodnot v rodině a mezi vrstevníky.

Rizikové společenské faktory jsou chudoba, příležitost k nelegálním činnostem, negativní vzory v okolí, glorifikace rizikového chování v médiích, nízká úroveň vzdělání apod. Socioekonomický status rodiny může být rizikovým faktorem v případě, že je nízký, ale i v případě, že je výrazně vysoký. Nejméně rizikovou skupinou je střední vrstva. Protektivním společenským faktorem je naopak kvalitní vzdělání, pozitivní vzory v okolí, pozitivní poselství v médiích aj. (Kabíček, 2006)

### **Abúzus návykových látek**

Na počátku 90. let došlo ve světě k všeobecnému vzestupu užívání návykových látek mezi adolescenty, nyní zaznamenáváme spíše mírný pokles.



Podle Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) z roku 2011 se kouření cigaret v posledních letech drží na stejné úrovni. Mezi šestnáctiletými kouří denně zhruba 25% osob.

Pití alkoholu je mezi dospívajícími poměrně závažným problémem. Dle ESPAD konzumuje více než 21% šestnáctiletých alespoň třikrát v měsíci nadměrné množství alkoholu (tj. 5 a více sklenic při jedné příležitosti).

Výsledky ESPAD dále vypovídají o tom, že v posledních letech pokračuje pokles zkušeností dospívajících s ilegálními drogami. Nejčastěji užívanou nelegální drogou mezi mládeží je jednoznačně marihuana, s níž má zkušenost kolem 40% normální populace šestnáctiletých. (Csémy, Chomynová, 2012)

### **Negativní projevy v oblasti psychosociální**

*„Patří sem projevy sociální maladaptace a závažnější a déle než půl roku se opakující poruchy chování (krutost ke slabším, ničení majetku, krádeže, lhaní, školní selhávání, záškoláctví, útěky, agrese s fyzickým násilím aj.). Charakteristická je i častá psychiatrická komorbidita - především syndrom hyperaktivity a snížené pozornosti (ADHD - attention deficite, hyperactivity disorder) a s poruchami nálad, nejčastěji s depresí a úzkostí, s nimiž souvisí i suicidální chování. U kriminality mládeže tvoří méně a středně vážná majetková trestná činnost přibližně 80 %, mladí lidé se jí dopouštějí nejčastěji ve skupinách.“ (Kabiček, 2006)*

Jak již bylo uvedeno, do této kategorie rizikového chování spadá i záměrné sebepoškozování a suicidální chování. Záměrnému sebepoškozování se budeme věnovat podrobněji.

#### **Záměrné sebepoškozování**

Záměrnému sebepoškozování je vymezeno o trochu více prostoru než ostatním typům rizikového chování v adolescenci, a to z toho důvodu, že jeho symptomy bývají někdy chybně zaměňovány se suicidálním chováním. Proto je tato část důležitá pro správné vyjasnění odlišností záměrného sebepoškozování a sebevražedného chování.

Je mnoho definic tohoto jevu. Jedna z těch příhodnějších definuje tento jev „jako přímou a záměrnou destrukci nebo poškození vlastních tělesných tkání bez vědomého suicidálního

*záměru*“ (Favazza, 1999, dle Kriegelová, 2008, s. 17) Sebepoškozování se tedy od suicidálního chování odlišuje zejména tím, že nemá žádnou suicidální motivaci.

Záměrné sebepoškozování („self-harm“) je třeba odlišovat od jiných podobných jevů jako je suicidální chování, chování motivováno sexuálně (např. v rámci praktik sado-maso), chování motivováno touhou po zdobení těla (piercing, tetování aj.) či vedlejší produkt závislosti na některých látkách (drogách, lécích...). Sebepoškozování se objevuje také v souvislosti s psychickým onemocněním a psychickými poruchami, zejm. v kontextu psychóz, poruch osobnosti, impulzivních poruch (zejm. trichotilománie), PTSD, ale i mentální retardace.

Zdá se, že incidence je větší u žen než u mužů. Ženy častěji přistupují jen k lehčím formám sebezraňování, naproti tomu muži provádějí fatálnější akty vyžadující lékařskou pomoc. Toto je shodou okolností typické i pro suicidální chování – muži si častěji vybírají metody vyznačující se větší letalitou než ženy.

Výskyt záměrného poškozování z hlediska věku je jednoznačně nejvyšší v období adolescence. Záměrné sebepoškozování se vyskytuje napříč všemi socioekonomickými skupinami. V poslední době je zaznamenávána mírná vzestupná tendence tohoto jevu.

Naprosto typickou formou záměrného sebepoškozování je řezání sebe sama (zejména do končetin), přičemž jizvy jsou pak zakrývány dlouhými rukávy a nohavicemi. Dalšími technikami mohou být abúzus alkoholu a jiných látek, škrábání, kousání, lámání kostí, pálení, bouchání (např. hlavou o zeď), hladovění či přejídání, vpravování předmětů pod kůži či do tělesných otvorů, opařování, vytrhávání vlasů i řas nebo extrémní rizikové chování (náhodný sex apod.). (Kriegelová, 2008)

Co se týče tělesných partií, které bývají nejčastěji sebepoškozovány, jedná se především o končetiny. Konkrétně zejména o ruce (poškozovány v 74% případů), po té i o nohy (poškozovány ve 44% případů). Dále se sebepoškozování objevuje často i v oblasti břicha, na hlavě, v oblasti hrudníku, ale i na genitáliích. (Favazza, Conteriová, 1989, dle Kriegelová, 2008)

Pokud jde o trvání záměrného poškozování, zdá se, že v průběhu 5 až 10 let dochází ke spontánní remisi.

V 10. revizi MKN je záměrné sebepoškození zařazeno do kapitoly XX. Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti, konkrétně do podkapitoly X60-X84 Úmyslné sebepoškození. Taková klasifikace je ovšem aktuálně hrubě nedostačující. V žádném dalším diagnostickém systému netvoří záměrné sebepoškození zatím samostatnou kategorii, což logicky znesnadňuje jeho diagnostiku. Je na něj tedy nahlíženo buď jako na nespecifický symptom nebo jako na specifický symptom jiné poruchy. Někdy bývá chybně zaměňováno za projev suicidálního chování.

Pokud hovoříme o faktorech vulnerability k záměrnému sebepoškození, můžeme odlišit jednak krátkodobé a jednak dlouhodobé faktory zranitelnosti. Krátkodobé faktory jsou aktuální okolnosti tlačící na jedince, problémy ve vztahu k blízkým osobám, problémy rodinné, abúzus návykových látek, problémy studijního či pracovního charakteru, taktéž aktuální zhoršení psychického onemocnění. Dlouhodobé faktory zahrnují neúspěšně proběhnutý attachment či pozdější ztráta a separace od primární pečující osoby. Taktéž to mohou být nevhodné výchovné strategie pečující osoby – chladný emoční vztah, přílišná direktivita či hyperprotektivita. Dále je to taktéž psychické, fyzické a sexuální zneužívání a v neposlední řadě trvalé osobnostní dispozice jedince či konkrétní psychické onemocnění.

Nejčastěji se o záměrném sebepoškození hovoří jako o typu copingové strategie, tj. díky sebepoškození jedinec zvládá určitou stresogenní situaci, v níž se mu daří pomocí této strategie snižovat tenzi. Sebepoškození má repetitivní charakter a jeho funkčnost je omezená. Jedinec sice cítí úlevu bezprostředně po aktu sebepoškození, ale brzy se znovu dostává negativní pocity, které ho dovedou k opakování této copingové strategie.

Jedinci skrze tuto strategii většinou řeší zvládání silných emocí, dosahování kontroly nad vlastním tělem, je to určitý akt očištění, potvrzení si své vlastní existence, navození si pocitu otupělosti, testování hranic či způsob komunikace, který má formu určitého volání o pomoc. (Suttonová, 2005, dle Kriegelová, 2008)

### **Poruchy reprodukčního zdraví v dospívání**

K prvnímu koitarché v ČR typicky dochází přibližně mezi 17 a 18 rokem života. Již 64% dospívajících prožije svůj první sexuální styk v 17 letech. V 18 letech má tuto zkušenost o deset procent adolescentů více, tj. 74%. (Weiss et al., 1996)

Předčasný sexuální styk v souvislosti s nedostatečným poučením o aspektech sexuálního života může vést k nákaze pohlavními nemocemi či k nechtěnému těhotenství. Velkým rizikem u dívek je rakovina děložního čípku, jejíž příčinou může být i nedostatečná antikoncepce a časté střídání sexuálních partnerů. „*Populační skupina 15-24 je celosvětově skupinou s nejvyšším výskytem pohlavních chorob.*“ (Kabíček, 2006) Předčasná sexuální aktivita může také narušit i osobnostní vývoj jedince.

### **Suicidalita v adolescenci**

Dle údajů Českého statistického úřadu (2012) je sebevražda druhou až třetí nejčastější příčinou smrti dospívajících. Sebevražda do 15 let věku je málo častým jevem, ovšem jsou známy i případy, kdy došlo k suicidiu před 10 rokem života. Opravdový význam smrti jako něco nevratného pochopí dítě až kolem 9. - 10. roku života, lze tedy konstatovat, že zdánlivé sebevraždy v ranějším věku jsou spíše sebezabitím, přičemž suicidant si nemusel plně uvědomovat ireverzibilní charakter svého jednání. Pochopení významu smrti ovlivňují i osobní zkušenosti dítěte se smrtí v jeho okolí, to, jak blízké osoby o smrti mluví, ale i smrt domácího mazlíčka.

V období adolescence počet suicidálních jedinců oproti mladšímu věku výrazně stoupá. Souvisí to pravděpodobně s celkovou rizikovostí tohoto období. Sebevražda v tomto věku mívá často impulzivní charakter, jedinec chce co nejrychleji dosáhnout cíle bez ohledu na případné následky. Osoba se chce někdy pomstít svému okolí, např. rodičům. (Koutek, 2000)

V poslední době se zdá, že sebevražednost dospívajících má mírnou vzestupnou tendenci. Např. Koutek a Kocourková (2003) uvádějí, že oproti roku 1990, kdy suicidovalo 2,7 adolescentů (na 100 000 osob v rámci dané věkové kategorie), se v roce 2000 toto číslo zvýšilo na 6,8 osob.

V adolescenci se jedinci tématikou smrti zabývají, přemýšlí o tom, co nastává po ní. Také se někdy zajímají o reinkarnační teorie a teorie života po životě. Toto souvisí také s religionizitou jedince či zájmem o některé filozofické směry, které zahrnují reinkarnaci.

Adolescent je tvor velmi zranitelný. V tomto období se stává jedinec labilnějším a impulzivnějším než kdykoliv dříve, jeho repertoár copingových strategií ještě není dostatečný, může se proto stát, že snáze sklouzne k chování, které může mít fatální následky. Mnoho

sebevražď v tomto věku je označováno jako demonstrativní sebevražďy. Tento termín však může být poněkud nešťastný svou bagatelizující konotací. Lépe je tedy užívat označení parasuicidum. Tento akt není o nic méně závažný než plně zamýšlené suicidium, je to volání o pomoc a snaha vzbudit pozornost okolí ve chvíli, kdy všechny ostatní metody selhaly. Proto je nutné se pokud možno vyvarovat zlehčování sebevražedného pokusu, přestože charakter byl „jen“ demonstrativní. Varujícím signálem může být i tzv. sebevražedná triáda adolescenta, která obsahuje 1. negativní pohled na sebe samého, 2. negativní pohled na události kolem, 3. negativní výhled do budoucna. Ovšem toto lze lehko přehlédnout ve vztahu k typickému negativismu doprovázejícímu období adolescence. (Špatenková, 2011)

Precipitující faktory suicidálního chování u dětí a dospívajících mohou být (Špatenková, 2011, s. 137): nezvládání nároků ze strany rodičů, týrání, sexuální zneužívání nebo zanedbávání, abúzus alkoholu nebo drog, nechtěné těhotenství, strach ze zkoušek, odmítnutí nebo ztráta milované osoby, změna prostředí, prožitek ztráty.

Alarmující příznaky suicidálního chování u dospívajících uvádí Špatenková (2011, s. 144):

- náhlá změna chování, např. klidný jedinec se začne chovat velmi živě a naopak
- osamělost, stažení ze sociálních kontaktů a narůstající sociální izolace
- úbytek nebo naopak přírůstek váhy
- nespavost nebo naopak nadměrný spánek
- psychomotorická agitovanost nebo naopak zpomalení
- únava, ztráta energie, pokles soustředění
- pocity vlastní bezcennosti nebo nadměrné pocity viny
- promiskuita
- myšlenky na smrt a sebevražďu

Je jisté, že sebevražednost adolescentů je aktuálně velkým problémem, který by neměl být opomíjen z řad odborníků a měl by být podroben hlubšímu zkoumání.

### 3. Rizikové a protektivní faktory suicidálního chování

Protože suicidální chování je multifaktoriální jev, je velmi těžké definovat jeho příčiny. Můžeme hovořit o určitých rizikových faktorech, které způsobují, že jedinci jimi zasaženi jsou zranitelnější vůči suicidálnímu chování než ostatní. To však neznamená, že sebevraždné chování se u nich nutně musí vyskytnout. Rizikových faktorů je celá řada a jejich charakter může být biologický, psychologický i sociální.

*„Pöldinger podal přehled mimořádně suicidiem ohrožených skupin; u duševních poruch jsou to především deprese, náruživosti všeho druhu, alkoholismus, chybný psychický vývoj (zejména na podkladě neurózy), psychopatie a psychózy. Z jednotlivých chorobných příznaků představuje zvýšené nebezpečí suicidia počátek nebo odeznívání depresivní fáze, úzkostné a afektové ladění, pocity viny a insuficience, biologická krizová období (puberta, gravidita, klimakterium), nevyléčitelné nemoci, alkoholismus a toxikomanie.“ (Pöldinger, 1968, dle Viewegh, 1996 s. 47)*

Podle Hawtona jsou nejvýznamnější rizikové faktory k suicidálnímu chování u adolescentů tyto: mužské pohlaví, zejména u starších adolescentů, dřívější suicidální pokusy, psychiatrická onemocnění, původ z velké rodiny, alkoholismus v rodině, narušené vztahy k členům rodiny, odloučení od rodičů, chronické problémy a poruchy chování, zneužívání alkoholu nebo drog, sociální izolace, špatná školní výkonnost a depresivní tendence. (Hawton, 1993, dle Koutek, 2000, s. 408)

Rizikové faktory podle Špatenkové (2011, s. 136) jsou: závažné somatické onemocnění nebo obavy z něj, psychická nemoc (deprese, schizofrenie, epilepsie aj.), závislost na alkoholu nebo nealkoholových drogách, signifikantní ztráta v raném dětství, smrt nebo ztráta někoho blízkého v útlém věku, suicidální chování v anamnéze.

Brown, Pullen a Scott (1992) vykreslují profil osoby nejvíce ohrožené dokonaným suicidiem: střední a vyšší věk, mužské pohlaví, rozvedený nebo osamělý (demografické rysy); dřívější akty sebepoškození v anamnéze, deprese nebo mánie, etylismus, asociální osobnost (psychiatrické rysy); nezaměstnanost či izolace (sociální rysy); vážně tělesné onemocnění (obecně medicínské rysy).

Výrazným rizikovým faktorem je tedy tentamen suicidii v anamnéze. Hawton (1993, dle Koutek, 2000) uvádí rizikové faktory opakování suicidálního pokusu u adolescentů: mužské pohlaví, dřívější tentamen, psychiatrická diagnóza, původ z početné rodiny, alkoholismus v rodině, narušení rodinných vztahů, separace od rodiny, poruchy chování, abúzus návykových látek, sociální izolace, slabší školní prospěch, depresivní ladění.

Některé výše uvedené faktory jsou typické i pro dospělé jedince. U adolescentů jsou rizikové faktory sebevražedného chování podobné jako u dospělých, ale více se vyskytují problémy v interpersonálních vztazích, zejména co se týče vztahů rodinných, a další problémy a konflikty týkající se rodičů (např. rozvod) a příbuzných. Také úspěšnost ve škole souvisí s potenciální rizikovostí. Dále budou popisovány konkrétní rizikové faktory vztažené zejména k adolescentnímu věku.

Naproti rizikovým faktorům existují tzv. protektivní faktory, které snižují pravděpodobnost výskytu suicidálního chování

### **Sociodemografické rizikové faktory**

Rizikový faktor dokonaných sebevražd je mužské pohlaví. Pro suicidální pokus je naopak rizikem pohlaví ženské. Suicidálním rizikovým faktorem je taktéž vyšší věk a nižší vzdělání jedince. Ohroženější jedinci jsou také ti, kteří přišli o partnera (ovdovění) nebo kteří se rozvedli. Méně ohrožení jsou ti, žijící v dlouhodobém svazku a ti, kteří mají děti.

U adolescentů toto však neplatí. U nich je předčasné rodičovství a manželství spíše rizikovým faktorem. Adolescenti patří k ohroženějším skupinám, co se týče suicidálních pokusů. Významným rizikovým faktorem je tentamen suicidii v anamnéze.

### **Rodina**

Otázkou zůstává, zda je suicidální chování nějak geneticky podmíněné a zda se tedy napříč generacemi může přenášet jistá genetická zátěž ve vztahu k suicidalitě. Je prokázáno, že dispozice k některým psychiatrickým onemocněním, které riziko suicidálního chování zvyšují, se do jisté míry přenášejí geneticky. Viewegh (1996, s. 80) k tomuto píše: „*V souvislosti s příčinami je nasnadě otázka, zda existuje hereditární faktor, který by primárně formoval vývoj suicidálních sklonů. Takový specifický faktor nebyl prokázán. Např. Kallmann a Anastasio*

*(1947) nezjistili u zkoumaných jedenácti párů jednovaječných dvojčat dědičnost sebevražedných sklonů, našli však u šesti dvojic psychózy v širším příbuzenstvu.“ Koutek (2007, s. 40) uvádí: „Zajímavé jsou dánské studie, které se zabývají konkordancí suicidálního jednání u jednovaječných dvojčat. Haberlandt zjistil tuto konkordanci u 18% jednovaječných dvojčat, zatímco u dvouvaječných tato konkordance byla nulová. Šlo o dvojčata, která byla vychovávána adoptivními rodiči. U jednovaječných párů dvojčat, u nichž se suicidium vyskytlo, v devíti případech suicidovali oba sourozenci. U čtyř párů byla zjištěna afektivní porucha, zatímco u ostatních nebylo diagnostikováno žádné psychiatrické onemocnění. Důležitým faktorem je též 82% diskordance. Ta svědčí o tom, že suicidální jednání je velmi komplexní a je ovlivňováno mnoha dalšími faktory. Schulsinger a spol. zjišťovali výskyt suicidálního jednání u biologických a adoptivních příbuzných u adoptovaných, kteří dokonale suicidovali. I zde našli důkazy o významu hereditu.“*

Nesmíme zapomínat, že suicidium v rodině jako rizikový faktor nefunguje jen ve smyslu hereditu, ale i ve smyslu přenosu nápodobou jako řešení krizové situace v životě. Jinak řečeno dítě suicidálního rodiče může toto chování pokládat za funkční způsob řešení problémů. Suicidální chování v rodinné anamnéze je pokládáno za významný rizikový faktor.

Jako rizikové faktory v rodině dále působí jakékoliv narušení rodinných vztahů (krajní variantou je rozvod) a rodinné konflikty. Také ztráta základní vztahové osoby, citová deprivace či týrání nebo zneužívání výrazně zvyšuje riziko suicidálního chování. Rizikový faktor je i psychiatrická diagnóza (zejména deprese), alkoholismus a kriminalita v rodině.

Jako protektivní faktor působí samozřejmě harmonický vývoj v rodině bez přítomnosti patologických jevů u jejích členů, přiměřené výchovné postupy, vřelé vztahy s minimem konfliktů mezi rodinnými příslušníky i úplnost rodiny.

### Školní neúspěch

V období vysvědčení často média zmiňují případy sebevražd školáků kvůli špatným známám. Školní neúspěch je dalším z rizikových faktorů, nesouvisí jen se známkami, ale i s chováním. Školní úspěšnost může být snížena různými faktory, ať už špatným rodinným zázemím, sníženým intelektem či některými poruchami, které u jedince nemusejí být



diagnostikovány nebo zohledněny, např. specifickými poruchami učení či ADHD. Protektivním faktorem suicidálního chování je bezproblémový školní prospěch.

### Vrstevnícké vztahy

Pokud dítě selhává v navazování a udržování vrstevníckých vztahů, promítá se to obvykle do jeho sebehodnocení a později tento stav může generovat i depresivní poruchu. Nedostatečné vrstevnícké vztahy jsou dalším rizikovým faktorem suicidálního chování. Ve školním věku, ať už v mladším či starším, jsou kontakty s vrstevníky (zejména ve školním prostředí) velmi důležité. Pokud je jedinec v kolektivu odtrháván či dokonce dochází k jeho šikanování, je to velmi složitá situace, která ne zřídka může končit tragicky. Terčem šikany se často stávají i děti pocházející z rodin s nižšími příjmy, jež si nemohou dovolit drahé atributy prestiže, které dnešní mládež významně hodnotí (značkové oblečení, mobilní telefony apod.). Slabší sociální situace rodiny (či dokonce nezaměstnanost rodičů) je v podstatě samostatným rizikovým faktorem. Význam v odmítání vrstevníky může hrát i nějaká fyzická odlišnost.

O protektivních faktorech hovoříme v souvislosti se schopností navazovat a udržovat přátelské vztahy mezi vrstevníky.

### Zdravotní stav

Pokud jedinec trpí nějakým somatickým onemocněním, je to významný rizikový faktor k sebevražednému chování. Tělesný handicap či chronické onemocnění je bráno zejména v dospívání z pohledu jedince jako výrazné znevýhodnění v navazování interpersonálních vztahů (zejména partnerských).

Jiným tématem je psychické onemocnění, které může taktéž zvyšovat riziko suicidality (viz dále klinické faktory). (Koutek, 2007)

### **Psychické faktory**

Sklon k suicidálnímu chování bývá podmíněn i charakterem copingových strategií, kterými jedinec disponuje. Ukazuje se, že suicidální jedinci mají častěji nedostatečně vyvinuté copingové strategie jednak pro zvládání emoční regulace, taktéž i pro zvládání řešení problémů. (Komadová, 2009)

Rizikovým faktorem k suicidálnímu chování je i nízká self efficacy a externí locus of control. Osoby s vnějším místem lokalizace kontroly mají pocit, že není v jejich moci nějakým způsobem ovlivnit vnější okolnosti. Tito jedinci nepřikládají význam vlastnímu úsilí v možnosti ovlivnit okolní dění, takže nepříjemné události, kterými jsou zasaženi, přijímají jako nezvratitelný osud. Snáze pak spatřují jako svou jedinou možnost úniku před nepříznivou situací suicidální čin. (Bláha, 2010)

### **Biologické faktory**

V poslední době se ukazuje, že suicidální chování může mít souvislosti s hladinou neurotransmiterů v mozku. Zdá se, že neurotransmiter nejvíce ovlivňující sklony k suicidalitě je serotonin. Pro mozky suicidálních jedinců bývá typická dysfunkce serotoninu, konkrétně jeho deficit. Taktéž se ukazuje, že v CNS suicidálních osob je nízká koncentrace serotoninového metabolitu 5-HIAA. Toto zjištění by v budoucnu mohlo usnadnit včasnou detekci potenciálně suicidálních jedinců prostřednictvím moderních zobrazovacích technik. Další neurotransmitery zkoumané aktuálně v této souvislosti jsou taktéž dopamin a norepinefrin. (Maris, Berman, Silverman, 2000, Maris et al., 1992)

### **Klinické faktory**

Některá psychiatrická onemocnění jsou významným rizikovým faktorem suicidálního chování. Budeme hovořit zejména o diagnózách typických pro adolescenty. Koutek (2003) udává, že ze statistik z roku 2000 vyplývají jako nejčastější psychiatrické diagnózy v souvislosti s dokonaným suicidiem afektivní poruchy. To znamená: deprese, bipolárně afektivní porucha, dystymie atd.

#### **Depresivní porucha**

Bývá udáváno, že asi 15 % depresivních osob dojde k suicidiu. „*Deprese se vyskytují u 1-8% dětí a adolescentů. Riziko suicidia u depresivních nezletilých je až dvacetkrát vyšší než v běžné populaci.*“ (Malá, 2000, s. 190)

U endogenní deprese bývá nebezpečí suicidálního chování udáváno jako výrazné, o trochu nižší je u reaktivní deprese. Nesmíme zapomínat, že u dětí a adolescentů je deprese často skrytá do somatických příznaků (nevolnost, bolení hlavy apod.), případně se může jevit jako příznaky

poruchy chování. Suicidální pokus tak může velmi nečekaně překvapit nic netušící okolí. (Koutek, 2003)

## Schizofrenie

*„Schizofrenie je porucha primárně se objevující v adolescenci. Celosvětově je udáváno, že v 60-70% propukne před 25. rokem věku (ve 40% před 20. rokem, v 5% před 15. rokem). (Malá, 2000, s. 161)*

Pokud dojde k suicidiu pod vlivem schizofrenního onemocnění, můžeme polemizovat, zda toto spíše neklasifikovat jako sebezabití. Suicidant může být pod vlivem pozitivních schizofrenních příznaků a nemusí si být v rámci své nepřítomnosti vědom pravých důsledků a souvislostí svého jednání. Suicidium může být však také produktem postschizofrenní deprese a to je třeba rozlišovat. Tato epizoda následuje po odeznění psychózy, je charakteristická pocity tísně a riziko suicidálního chování je zde velmi vysoké. (Malá, 2000)

Pokud jde o četnost případů sebevražd schizofrenních dospívajících, Malá (2000, s. 111) toto komentuje: *„...v adolescenci je suicidium častěji vázáno na diagnózu schizofrenie než na diagnózu deprese.“ „Podle různých prací se odhaduje, že asi 2-13% schizofreniků dokonane suiciduje. Riziko suicidia je u schizofreniků 10-20krát vyšší, než je v ostatní populaci. (Koutek, 2003, s. 62)*

## Poruchy příjmu potravy

Poruchami příjmu potravy trpí ve velké převaze ženy (asi 10:1 k mužům). Tyto poruchy jsou velmi nebezpečné a ne zřídka končí smrtí vlivem celkového selhání organismu. Riziko suicidia je zvýšené také proto, že poruchy příjmu potravy jsou často spojené s depresivním onemocněním. Sebevražedné chování se může objevit ve spojitosti s pocity selhání při nepatrném přibrání či při nucení do jídla v rámci terapie. U bulimiček se pocity selhání vyskytují zejména po záchvatech přejídání, kdy většinou následuje uměle vyvolané vypuzování potravy. (Koutek, 2003) Výsledky italské meta-analýzy dokládají, že v populaci osob s poruchami příjmu potravy je signifikantně vyšší riziko suicidia než u normální populace. Častěji se uchylují k sebevraždě anorekticky bulimického typu než restriktivního. (Pompili, Mancinelli, Girardi, Ruberto, Tatarelli, 2003)

## Abúzus návykových látek

Co se týče návykových látek, v ČR je nejvíce rozšířená závislost na tabákových výrobcích a alkoholu. Dlouhodobé užívání alkoholu produkuje depresi. Může se však stát, že depresivní onemocnění je příčinou abúzu alkoholu. Z některých výzkumů vyplývá, že dokonce až 15% závislých na alkoholu skončí suicidiem. Alkohol však může působit v rámci suicidálního chování i při jednorázovém požití u jedinců, kteří závislí nejsou. Někdy je alkohol požíván úmyslně před suicidálním pokusem na „povzbuzení“ a k dodání odvahy. Alkohol může být i primárním nástrojem ke spáchání sebevraždy. Abúzus alkoholu je u adolescentů méně rozšířený než v dospělé populaci, je však o to nebezpečnější.

Taktéž zneužívání dalších drog je významným rizikovým faktorem suicidálního chování. Boom abúzu nejrůznějších ilegálních preparátů zaznamenán během 90. let bývá dáván i do souvislosti se zvýšením suicidality u adolescentů v těchto letech.

Také patologické hráčství, které může jedince uvést do bezvýchodné situace, je zejména u adolescentů významné riziko suicidia. (Koutek, 2003)

## Poruchy osobnosti/disharmonický vývoj osobnosti

Velmi významným rizikovým faktorem suicidálního chování jsou některé poruchy osobnosti, zejména můžeme zmínit hraniční poruchu osobnosti, která se vyznačuje i častým sebepoškozováním. Dále můžeme uvést taktéž disociální poruchu, impulzivní, závislou, histriónskou, ale i anxiózní poruchu osobnosti.

Poruchy osobnosti však diagnostikujeme až u osob po 16. roku života, protože do té doby se struktura osobnosti může ještě změnit. Určitý předstupeň poruch osobnosti v mladším věku označujeme termínem disharmonický vývoj osobnosti s určitými rysy. Např. diagnóza disharmonický vývoj osobnosti s úzkostnými rysy naznačuje, že později, po ukončení vývoje osobnosti, může tento jedinec naplnit kritéria úzkostné poruchy osobnosti.

## Bipolárně afektivní porucha

Jak již bylo zmíněno, afektivní poruchy se se sebevražděným chováním pojí velmi často. Vyšší výskyt suicidia doprovází i bipolárně afektivní poruchu.

Je udáváno, že 15-19% pacientů trpících bipolárně afektivní poruchou zemře sebevraždou a to většinou v průběhu depresivní epizody své choroby. (Goodwin, Jamison, 1990, dle Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007)

Klinické rysy rizikové pro suicidální jednání u pacientů s bipolárně afektivní poruchou jsou (Herman et al., 2004, dle Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007):

- Přítomnost suicidálních nebo homicidních představ, úmyslů nebo plánů
- Přístup k prostředkům umožňujícím suicidium (střelné zbraně, jedy)
- Přítomnost ovládacích bludů a halucinací a jiných psychotických příznaků
- Výrazná úzkost
- Závislost na alkoholu a návykových látkách
- Závažné suicidální pokusy v anamnéze
- Suicidální pokusy v příbuzenstvu nebo nedávné suicidium blízké osoby

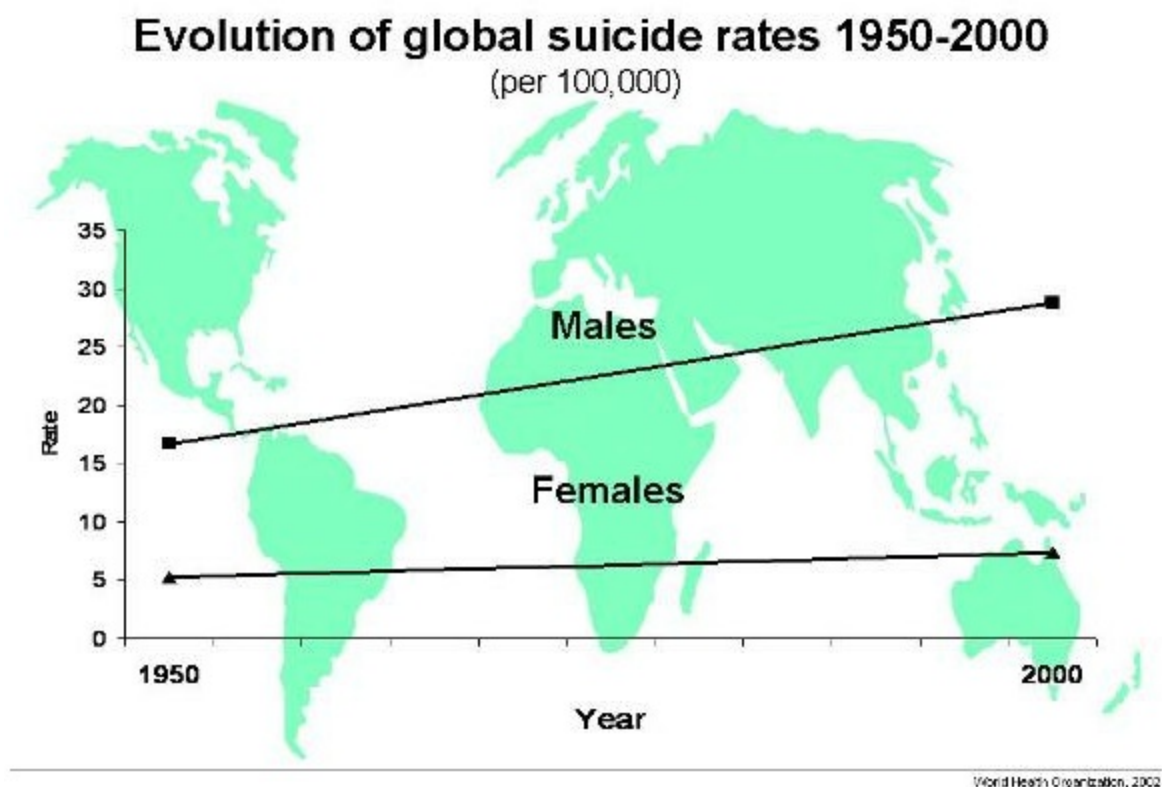
Další diagnózy vyskytující se v souvislosti se suicidálním chováním

Suicidální chování se vyskytuje také v souvislosti s úzkostnými poruchami nebo s posttraumatickým stresovým syndromem. Také syndrom CAN neboli syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte je rizikovým faktorem suicidality. Významné je speciálně sexuální zneužívání, „až 56% těch, jež se o sebevraždu pokusili jednou, a 70% těch, jež se o ni pokusili opakovaně, mělo v anamnéze sexuální zneužití v dětství.“ (Gianotten, 1993, dle Weiss, 2002)

#### 4. Epidemiologie

Dle WHO (2012) se zdá, že počet sebevražd celosvětově stále mírně stoupá (graf 1).

**Graf č. 1** Vývoj celosvětového počtu sebevražd v letech 1950-2000 na 100 000 obyvatel u mužů a žen (WHO, 2012)



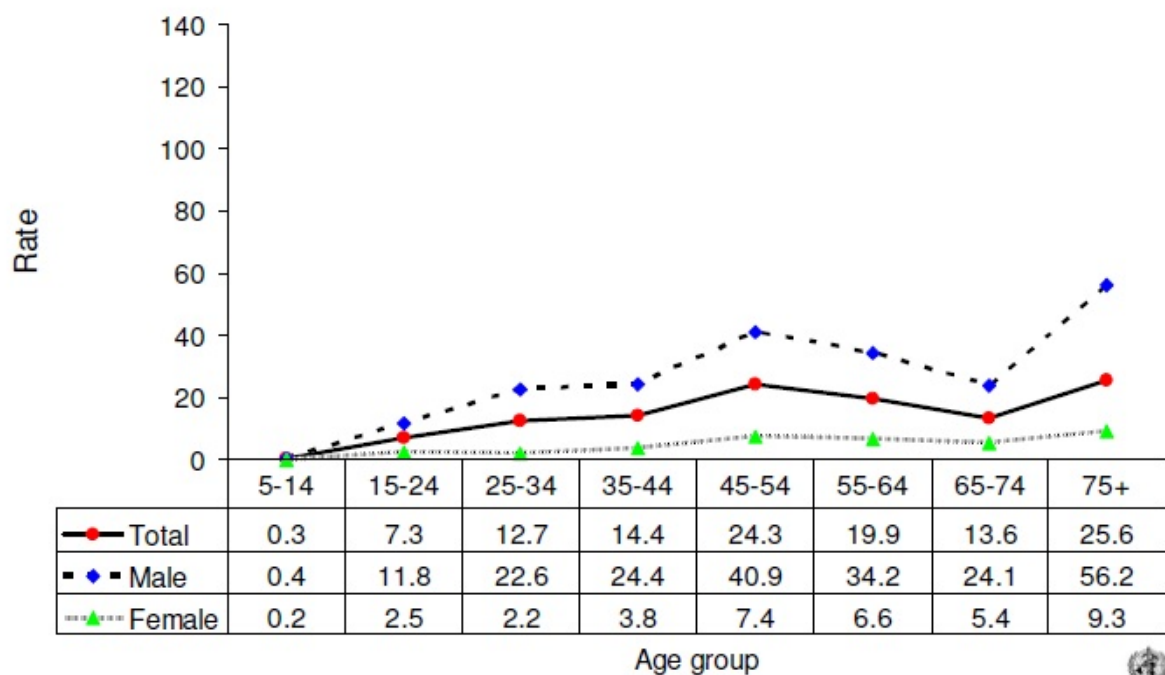
Dle pohlaví a věku

Počet sebevražd je trvale vyšší u mužů než u žen. V současnosti jsou mužská suicidia až 5x častější než ženská. Graf 2 (WHO, 2012) znázorňuje pohlavní rozložení v ČR v roce 2009 napříč věkovými kategoriemi. Počty jsou udávány na 100 000 obyvatel. Můžeme vidět, že mužská čísla výrazně převyšují ženská.

Taktéž vidíme, že nejvyšší počet sebevražd je ve skupině osob starších 75 let. Dětství a období adolescence se vyznačuje nejnižším počtem sebevražd, přesto však stojí za povšimnutí výrazný vzestup mezi obdobím dětství a obdobím adolescence a mladé dospělosti.

**Graf č. 2** Počet sebevražd na 100 000 obyvatel v ČR dle pohlaví a věku v roce 2009 (WHO, 2012)

Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Czech Republic, 2009.



Dle vzdělání

Nejméně sebevražd je ve skupině vysokoškolsky vzdělaných lidí. Jak vidíme v tabulce 1, která zachycuje suicidalitu v závislosti na úrovni dosaženého vzdělání v letech 2001-2010, je patrné, že v počtu suicidií trvale vedou středoškoláci bez maturity.

**Tabulka č. 1** Počet sebevražd u lidí nad 25 let dle vzdělání v období 2001-2010 (Český statistický úřad, 2012)

Vzdělání	Počet							Podíl v %	
	2001 - 2005	2006	2007	2008	2009	2010	2006 - 2010	2001 - 2005	2006 - 2010
Úhrnem celkem	7 356	1 284	1 259	1 265	1 364	1 387	6 559	100,0	100,0
základní	2 097	301	226	216	195	178	1 116	28,5	17,0
střední bez maturity	3 710	734	672	680	726	519	3 331	50,4	50,8
střední s maturitou	1 157	194	228	223	212	153	1 010	15,7	15,4
vysokoškolské	392	55	57	50	55	51	268	5,3	4,1
nezjištěno	-	-	76	96	176	486	834	-	12,7

#### Dokonaná suicidia a TS

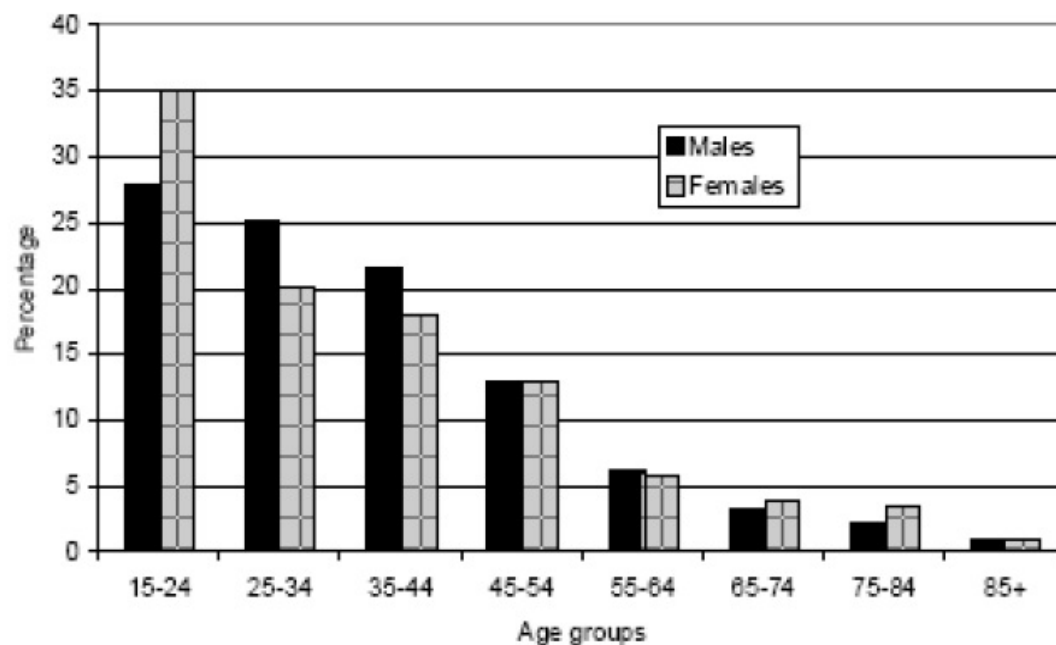
Čísla týkající se suicidálních pokusů jsou velmi nepřesná, protože nedokonané sebevraždy často nebývají nahlašovány a nejsou tak vůbec statisticky zachyceny. Mann et al. (1999) udávají, že suicidální pokusy výrazně převažují nad dokonanými sebevraždami a to 10 – 20 krát. Farberow a Shneidman (1961) uvádějí, že v rámci jejich studií se ukázalo tentamen suicidii jako přibližně osmkrát častější než dokonaná sebevražda. To, zda je suicidium dokonané či ne, závisí také na letalitě užitých metod.

Protože muži častěji užívají tvrdší metody, je u nich častější dokonaná sebevražda než suicidální pokus. TS se vyskytují u žen přibližně 1,5 krát častěji než u mužů. (Kerkhof, Arensman, 2002)

Graf 3 ukazuje procentuální poměr sebevražedných pokusů v rámci jednotlivých věkových skupin a pohlaví. Vidíme, že nejvyšší počet tentamen jsou ve skupině adolescentů a mladých dospělých od 15 do 24 let. Toto může souviset s impulzivitou mladších suicidantů, kteří nemusejí sebevražedný akt často dlouho a detailně plánovat na rozdíl od starších sebevražedných jedinců.



**Graf č. 3** Počet suicidálních pokusů dle pohlaví a věku (Schmidtke, 2008, 44 s.)

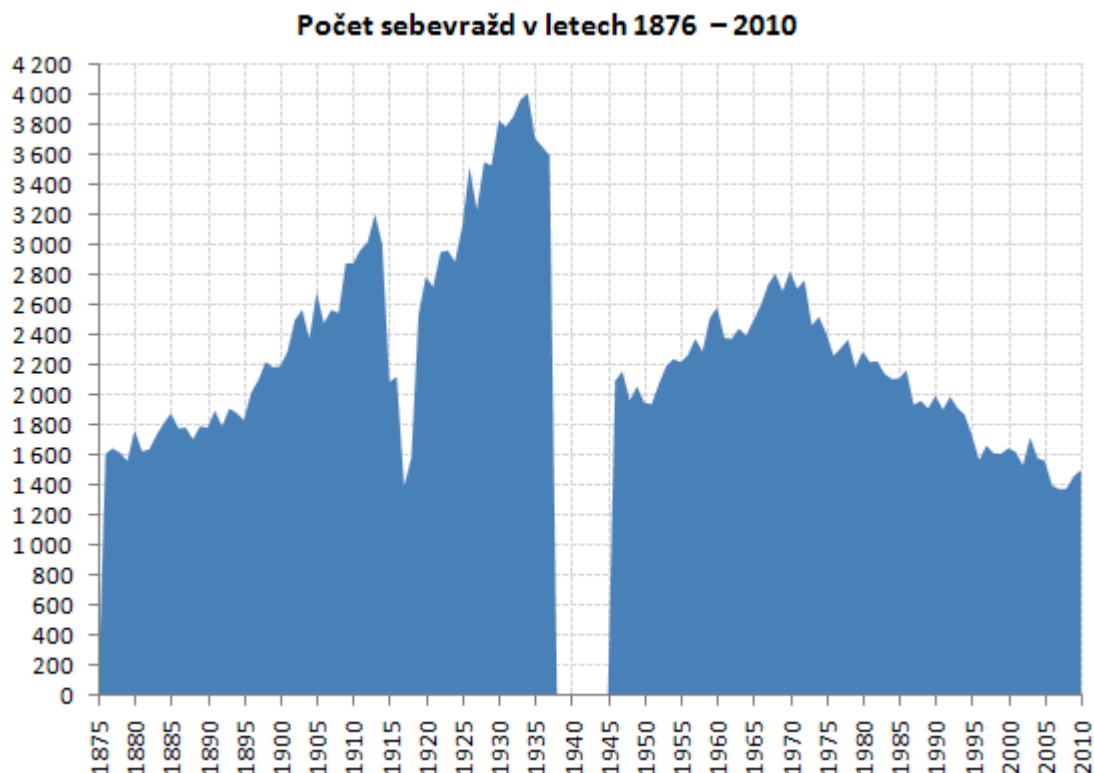


Dle historického období

Významné nárůsty počtu sebevražd jsou svázány s obdobím zásadních změn, ať již se jedná o třicátá léta 20. století (ekonomická krize), začátek 2. světové války nebo přelom 60. a 70. let 20. století (normalizace).

Následující graf 4 zachycuje celkové počty sebevražd v jednotlivých letech v období 1876 – 2010 v Českých zemích. Patrný je zejména nárůst ve 30. letech 20. století, kdy probíhala ekonomická krize. Nápadné je také období normalizace. Od druhé poloviny 70. let počet sebevražd klesá.

**Graf č. 4** Počet sebevražd v letech 1876-2010 v Českých zemích (Český statistický úřad, 2012)



Následující tabulka 2 a graf 5 zachycují vývoj suicidality v období 1895-1964 v Českých krajích na 100 000 obyvatel dle Růžičky (1968). Nárůst můžeme vidět v období počátku 1. světové války, ve 30. letech 20. století v období ekonomické krize a také na konci 2. světové války.

**Tabulka č. 2** Vývoj suicidality v období 1895-1964 v Českých krajích na 100 000 obyvatel (Růžička, 1968)

1895-1899	1900-1904	1905-1909	1910-1914	1915-1919	1920-1924	
22,6	25	26,6	29,7	19,8	28,3	
1925-1929	1930-1934	1935-1937	1945-1949	1950-1954	1955-1959	1960-1964
32,3	36,2	33,6	37,3	22,8	24,6	25,2

**Graf č. 5** Vývoj suicidality v období 1895-1964 v Českých krajích na 100 000 obyvatel (Růžička, 1968)



Dle způsobu provedení

Tabulka 3 znázorňuje strukturu sebevražd dle způsobu provedení. Lze vidět, že dlouhodobě je strangulace nejčastější způsob provedení sebevraždy u žen i u mužů. U mužů po strangulaci dominuje také zastřelení, v menší míře pak otrávení, nejméně četný je skok z výše, užití ostrého předmětu a utopení. U žen po strangulaci následuje ve vysoké míře otrávení a v menším počtu pak utopení, zastřelení, užití ostrého předmětu a skoku z výše.

**Tabulka č. 3** Sebevraždy dle způsobu provedení v letech 1996-2010 dle pohlaví v ČR  
(Český statistický úřad, 2012)

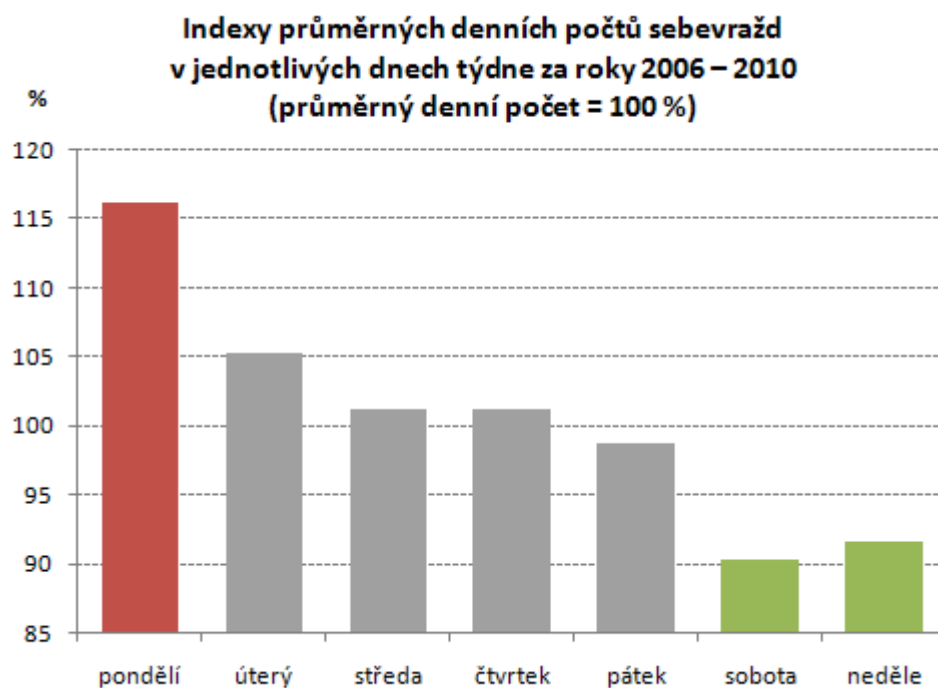
**Struktura sebevražd podle způsobu provedení**

Období	%							
	Otrávením	Oběšením	Utopením	Zastřelením	Ostrým předmětem	Skokem s výše	Skokem nebo lehnutím si před pohyb. se předmět	Ostatní
<b>Celkem</b>								
1996-2000	11,5	60,5	2,0	10,2	3,3	8,1	1,8	2,7
2001-2005	10,1	60,4	1,7	10,7	3,4	8,4	2,5	2,7
2006-2010	9,6	63,5	1,4	10,0	3,8	8,0	2,3	1,5
<b>Muži</b>								
1996-2000	9,1	64,7	1,1	12,4	3,1	6,0	1,6	2,0
2001-2005	7,5	64,1	0,9	12,7	3,2	6,6	2,4	2,6
2006-2010	6,7	67,4	0,9	11,5	3,5	6,3	2,1	1,5
<b>Ženy</b>								
1996-2000	20,2	45,6	5,5	2,4	3,9	16,0	2,5	4,0
2001-2005	20,5	45,3	5,0	2,8	4,1	16,0	3,0	3,3
2006-2010	23,4	44,8	3,7	2,8	5,1	16,0	2,8	1,4

Podle dnů v týdnu

Graf 6 ukazuje četnost sebevražd v jednotlivých dnech v týdnu. Výrazným počtem je typické pondělí a začátek týdne.

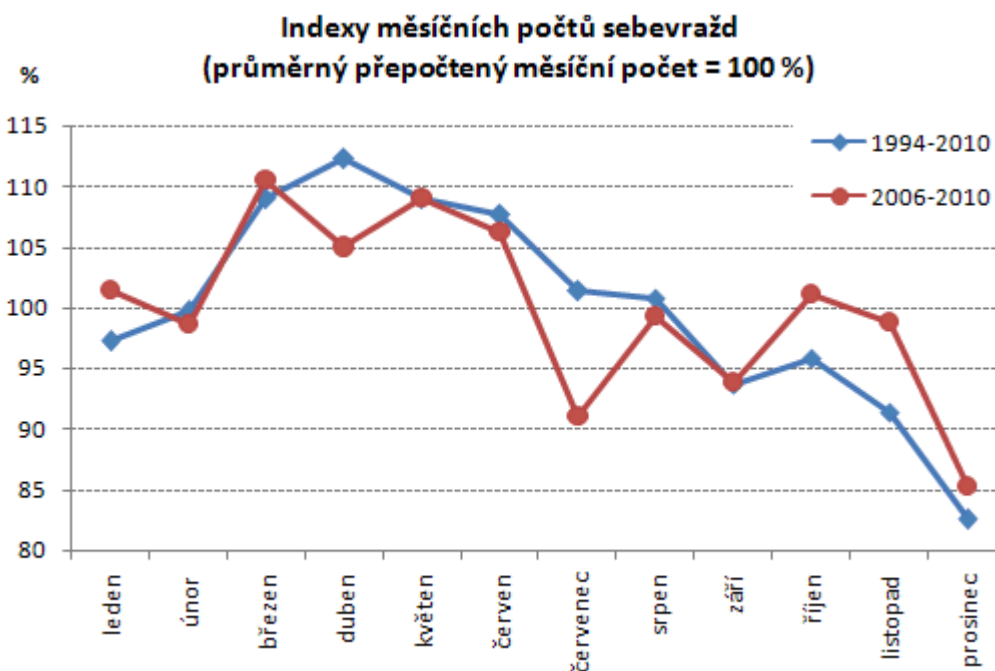
**Graf č. 6** Počet sebevražd podle dnů v týdnu v letech 2006-2010 (Český statistický úřad, 2012)



Podle měsíce v roce

Graf 7 zachycuje vývoj sebevražednosti dle měsíců v roce. Počtem suicidií dominuje paradoxně jaro. Špatenková (2011, s. 139) k tomuto uvádí komentář své pacientky: „*To je přece jasné, je jaro – všechno kvete, všechno pučí, všechno se páruje a množí. Jen já zase nic...*“

**Graf č. 7** Počet sebevražd podle měsíců v roce v letech 1994-2010 a 2006-2010 (Český statistický úřad, 2012)



Dle jednotlivých států

Africké země vykazují nejnižší sebevražednost na světě. Ale černé ženy páchají sebevraždu častěji než bílé ženy. Asiaté naopak vykazují velmi vysokou sebevražednost. (Monestier, 2003) Toto by mohlo souviset s nastavením společnosti v asijských zemích. Velmi anonymní společnost, zejména ve velkých mnohatisícových městech, velký důraz kladen na výkon, čest a hrdost, určité odosobnění, vysoká míra soutěživosti, elitářský systém ve studiu i v zaměstnání – to vše může vést k vysoké míře sebevražednosti. Znepokojující jsou ale také čísla týkající se asijských dětí a adolescentů. Častým motivem je selhání ve škole, protože důraz na výkon je samozřejmě kladen i na děti. V Japonsku spáchá každý rok suicidium tisíc školáků a středoškoláků a toto číslo stále stoupá. „Sebevražda ve dvou je tam natolik běžná, že má dokonce své jméno, ‚šindžó‘. Milenci se nejčastěji vydávají k sopkám, do jejichž dýmajícího jícnu pak skočí.“ (Monestier, 2003, s. 82)

V Thajsku a na Filipínách dochází také hojně k dětské sebevražednosti v souvislosti s dětskou prostitucí a sexuálním turismem. (Monestier, 2003, s. 190)

Tabulka 4 znázorňuje sebevražednost v rámci jednotlivých států světa dle WHO (2012) na 100 000 obyvatel. Vidíme, že ve všech státech mužská suicidia výrazně převyšují ženská. Tučně jsou označené hodnoty přesahující 30 sebevražd na 100 000 obyvatel za rok. Toto splňuje: Bělorusko, Estonsko, Guyana, Japonsko, Kazachstán, Korejská Republika, Litva, Lotyšsko, Maďarsko, Moldávie, Rusko, Slovinsko, Srí Lanka a Ukrajina. V Evropě jsou to tedy zejména severské státy a státy bývalého východního bloku.

**Tabulka č. 4** Počty sebevražd dle států a pohlaví na 100 000 obyvatel (WHO, 2012)

Země	Rok	Muži	Ženy	Země	Rok	Muži	Ženy
Albánie	2003	4.7	3.3	Kuba	2008	19	5.5
Anglie	2009	10.9	3	Kuvajt	2009	1.9	1.7
Argentina	2008	12.6	3	Kypr	2008	7.4	1.7
Arménie	2008	2.8	1.1	Kyrgyzstán	2009	14.1	3.6
Austrálie	2006	12.8	3.6	Litva	2009	<b>61.3</b>	10.4
Ázerbájdžán	2007	1	0.3	Lotyšsko	2009	<b>40</b>	8.2
Bahamy	2005	1.9	0.6	Lucembursko	2008	16.1	3.2
Bahrajn	2006	4	3.5	Maďarsko	2009	<b>40</b>	10.6
Barbados	2006	7.3	0	Maledivy	2005	0.7	0
Belgie	2005	28.8	10.3	Malta	2008	5.9	1
Belize	2008	6.6	0.7	Mauritius	2008	11.8	1.9
Bělorusko	2007	<b>48.7</b>	8.8	Mexiko	2008	7	1.5
Bosna a Hercegovina	1991	20.3	3.3	Moldávie	2008	<b>30.1</b>	5.6
Brazílie	2008	7.7	2.0	Německo	2006	17.9	6
Bulharsko	2008	18.8	6.2	Nizozemsko	2009	13.1	5.5
Costa Rica	2009	10.2	1.9	Norsko	2009	17.3	6.5
Česká republika	2009	23.9	4.4	Nový Zéland	2007	18.1	5.5
Čína (Hong Kong)	2009	19	10.7	Panama	2008	9	1.9
Čína (venkovské a městské oblasti)	1999	14	13.8	Paraguay	2008	5.1	2
Dánsko	2006	17.5	6.4	Peru	2007	1.9	1
Dominikánská republika	2005	3.9	0.7	Polsko	2008	26.4	4.1
Egypt	2009	0.1	0	Portugalsko	2009	15.6	4
Ekvádor	2009	10.5	3.6	Puerto Rico	2005	13.2	2
Estonsko	2008	<b>30.6</b>	7.3	Rakousko	2009	23.8	7.1
Filipíny	1993	2.5	1.7	Rumunsko	2009	21	3.5
Finsko	2009	29	10	Rusko	2006	<b>53.9</b>	9.5
Francie	2007	24.7	8.5	Řecko	2009	6	1
Guatemala	2008	5.6	1.7	Singapur	2006	12.9	7.7
Guyana	2006	<b>39</b>	13.4	Slovensko	2005	22.3	3.4
Chile	2007	18.2	4.2	Slovinsko	2009	<b>34.6</b>	9.4
Chorvatsko	2009	29.9	7.5	Srbsko	2009	28.1	10

Indie	2009	13	7.8	Srí Lanka	1991	<b>44.6</b>	16.8
Írán	1991	0.3	0.1	Sýrie	1985	0.2	0
Irsko	2009	19	4.7	Španělsko	2008	11.9	3.4
Island	2008	16.5	7	Švédsko	2008	18.7	6.8
Itálie	2007	10	2.8	Švýcarsko	2007	24.8	11.4
Izrael	2007	7	1.5	Thajsko	2002	12	3.8
Jamajka	1990	0.3	0	Ukrajina	2009	<b>37.8</b>	7
Japonsko	2009	<b>36.2</b>	13.2	Uruguay	2004	26	6.3
Jižní Afrika	2007	1.4	0.4	USA	2005	17.7	4.5
Kanada	2004	17.3	5.4	Uzbekistán	2005	7	2.3
Kazachstán	2008	<b>43</b>	9.4	Venezuela	2007	5.3	1.2
Kolumbie	2007	7.9	2	Zimbabwe	1990	10.6	5.2
Korejská Republika	2009	<b>39.9</b>	22.1				

Monestier (2003) uvádí statistiku z let 1990-1993, dle které je nejvyšší sebevražednost mladých lidí od 14 do 24 let v rámci celého světa zachycena ve státech Lucembursko, Rusko a Nový Zéland (od 20 do 25 sebevražd na 100 000 obyvatel).



## 5. Diagnostika, terapie a prevence suicidálního chování

### 5.1 Diagnostika

Diagnostika osob se sklonem k suicidálnímu chování nebo k suicidálním tendencím je složitý a rozsáhlý proces, na němž by se měl podílet jak psycholog, tak psychiatr. Je velmi důležité pečlivě posoudit hrozící suicidální riziko, což je indikace k další možné ambulantní léčbě či hospitalizaci. Mezi jednotlivými jedinci majícími sklony k sebevražednému chování mohou existovat značné individuální rozdíly. Proto zjišťujeme v plné šíři celkovou anamnézu osoby, možnou psychopatologii, psychosociální prostředí jedince i aktuální krizovou situaci, která může suicidální chování podmiňovat. Je na odborníkovi, aby pečlivě detekoval rizikové faktory, které k suicidálnímu chování vedou, a na základě toho rozhodl o formě další terapie, kterou osoba může absolvovat. (Kocourková, 2003)

Kocourková (2003, s. 82) píše: „*Moderní přístup v dětské psychiatrii představuje víceosá diagnostika. Zahrnuje nejen pozorování klinických psychiatrických syndromů, ale také osobnostních a vývojových charakteristik dítěte, jeho inteligence, fyzického zdraví a psychosociálních okolností a stresových faktorů, které se mohou na potížích dítěte podílet.*“

V rámci diagnostiky posuzujeme kognitivní i emocionální vyspělost jedince, ale i jeho inteligenci. Také hodnotíme jeho osobnostní strukturu. Zjišťujeme i jeho copingové strategie, které mohou být maladaptivní. Zajímáme se o sociální prostředí, v němž osoba žije. Důležité je neopomíjet psychosexuální vývoj. V rámci anamnézy mapujeme i možná traumata prožitá v minulosti. V závislosti na věku a vyspělosti jedince se objevuje také rozdílné chápání a přijetí konceptu smrti. Proto vyšetřujeme i to, jaký má daná osoba ke smrti vztah, jak ji zpracovává, případně jakou má se smrtí zkušenost např. ve svém okolí. (Kocourková, 2003)

Při vyšetření používáme metodu pozorování i metodu rozhovoru. Můžeme užít také testové a dotazníkové metody. Zejména v projektivních testech mohou být suicidální tendence patrné. Posloužit nám může i volná kresba. Existují také speciální metody detekující samotné sebevražedné chování nebo jeho rizikové faktory. Jedním z nich je i Pöldingerův test, který byl užit v této práci (viz empirická část, kapitola Metody).

Při pozorování se zaměřujeme na všechny viditelné aspekty vzhledu i chování jedince. Všímáme si úpravy zevnějšku i odění. Sledujeme mimiku, pantomimiku a gestikulaci. Také

držení těla je pro nás zajímavé, např. schoulená postava může vypovídat o prožívané úzkosti. Také způsob komunikace a metakomunikace je důležitý.

Rozhovor lze vést strukturovaně nebo nestrukturovaně, syntézou obou je polostrukturovaný rozhovor. Poslední zmiňovaný je optimální formou pro navazování kontaktu s jedincem a zjišťování obecných informací, ale i pro následný přechod k jasně formulovaným otázkám přímo na samotné suicidální chování. Tyto otázky je dobré mít jasně zformulované a předem připravené.

Tress, Krusse a Ott (2008, s. 246) uvádějí strukturovanou techniku vhodnou k užití v rozhovoru s osobami, které mohou potenciálně mít sebevražedné tendence. Je to technika postupného dotazování pro zjištění sebevražedných myšlenek:

- Měl jste v poslední době někdy ten pocit, že vám připadá všechno nějak nesmyslné?
- Měl jste někdy myšlenky, že se vám už vlastně nechce žít?
- Myslel jste někdy na to, že byste se pokusil spáchat sebevraždu?
- Přemýšlel jste o konkrétním sebevražedném jednání? O jakém? A co si o tom myslíte teď?
- Proč se vlastně chcete ve vašem rozpoložení a ve vaší situaci připravit o život?

Kocourková (2003, s. 84) také navrhuje možný sled otázek vhodný pro děti a dospívající:

1. Pokud zjišťujeme okolnosti a motivy suicidálního chování

- Co se stalo v době, když jsi začal myslet na to, že by ses mohl zabít?
- Co se stalo před tím, než ses o to pokusil?
- Myslel jsi na to, že bys mohl zemřít?
- Byl někdo s tebou nebo blízko tebe, když jsi to udělal?
- Proč jsi to chtěl udělat?
- Myslel jsi někdy dřív na to, že by ses mohl zabít?

- Udělal jsi někdy něco takového?
2. Pokud zjišťujeme předchozí zkušenost se smrtí a suicidálním chováním
- Znáš někoho, kdo mluvil o sebevraždě nebo se pokusil zabít?
  - Myslíš, že se ta osoba chtěla opravdu zabít?
  - Znáš někoho, kdo zemřel?
  - Jaká byla příčina?
  - Kdy to bylo?
  - Co myslíš, že se stane, když lidé zemřou?
  - Věříš v posmrtný život?
  - Pokud ano, je to lepší místo než tady?
  - Zdají se ti někdy sny o tom, že někdo zemřel?

V rámci rozhovoru zjišťujeme celkovou anamnézu a to jak od vyšetřovaného jedince, tak od jeho blízkých. Také se ptáme na události, které suicidálnímu pokusu předcházely, pokud k němu již došlo. Dobré je formulovat otázky přesně a jednoduše. Obecně lze často narazit na stereotyp, že pokud se někoho zeptáme otevřeně, zda někdy uvažuje o sebevraždě, můžeme mu tento nápad vnuknout. Ve skutečnosti je ale velmi důležité tuto otázku položit, jedinec může i toužit po tom, aby se ho na toto někdo zeptal, v případě, že jeho suicidální chování je jistou formou volání o pomoc. „*Pacienti, kteří uvažují o sebevraždě, vysílají se železnou pravidelností signály, z nichž je možné na sebevraždu usuzovat: nápadná uzavřenost, sociální izolace, někdy ale také klid a veselost, které neodpovídají aktuální životní situaci a které se dostavují ve chvíli, kdy bylo učiněno rozhodnutí spáchat sebevraždu. Často pacient naznačuje určité věci rodinným příslušníkům. Lékaři jsou myšlenky na sebevraždu pouze zřídka spontánně sdělovány. Na druhé straně jsou pacienti uvažující o sebevraždě obecně připraveni lékaři upřímně odpovědět v případě, že se jich lékař zeptá. A jsou dokonce vděční, smějí-li to udělat. Má-li tedy lékař i to nejmenší podezření, že by pacient mohl uvažovat o sebevraždě, je jeho povinností se na ní cíleně zeptat.*“ (Tress, Krusse, Ott, 2008, s. 246)

Také se zdá, že drtivě většině případů sebevražd předchází určitá prodromální fáze, v níž subjekt naznačuje svému okolí vlastní sebedestruktivní sklony. Tato presuicidální etapa může být zkušeným odborníkem zachycena. U osob patřící do presuicidální neboli potenciálně suicidální populace se často objevuje buď přímo verbální proklamace suicidálního záměru nebo určité specifické změny v chování (např. depresivní syndrom či náhlé významné zneužívání alkoholu či jiných látek), často také osobní anamnéza již obsahuje nevydařený suicidální pokus. Tyto příznaky mohou být označeny za určitý prodrom budoucího suicidálního chování. (Farberow, Shneidman, 1961)

Snažíme se také zjistit, na jaké úrovni suicidální chování je. Ptáme se na charakter suicidálních myšlenek a na jejich intenzitu. Také na případné suicidální tendence, tzn. zda už jedinec podnikl nějaké konkrétní kroky k realizaci suicidálního pokusu. Výpověď subjektu však nemusí být objektivní. Jedinec může suicidální myšlenky disimulovat, avšak hrozí i opačné riziko, a to zdánlivé zlepšení, k němuž někdy dochází těsně před tentamen suicidii – jedinec se pod vlivem vyřešení své situace v dohledné době projevuje jakoby zlepšenou náladou. Pokud je jedinec ochoten hovořit na téma motivace k suicidálnímu chování, ptáme se i na toto, nespouštíme však zřetel z toho, že pacientova vědomá motivace může být v inkongruenci s tou nevědomou.

Sledujeme i možné psychopatologické projevy, které následně testujeme. Zejména depresi, která je významným rizikovým faktorem suicidálního chování, je třeba testovat. K detekci depresivní symptomatologie můžeme užít např. Hamiltonovu psychiatrickou stupnici pro posuzování deprese (HAMD), Stupnici Montgomeryho a Asbergové pro posuzování deprese (MADRS), Beckovu sebesposuzovací stupnici deprese (BECK) nebo Sebesposuzovací škálu pro děti a dospívající (CDI). (Koutek, Kocourková, 2003)

Z osobnostních testů je v klinické praxi hojně užívaný MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). MMPI slouží k multidimenzionálnímu měření osobnosti. Ukazuje její normální (resp. patologický vývoj) a to v různých složkách osobnosti. Obsahuje čtyři validizační škály a devět škál klinických. K tématu suicidality je zajímavá zejména klinická škála deprese (D) a psychastenie (Pt). Pokud proband skóruje vysoko v obou těchto škálách, je zde suspekce k suicidálnímu chování. Jisté riziko k suicidálnímu chování představuje i vyšší

hodnota v klinické škále schizofrenie (Sc), ovšem to může naznačovat i mnoho jiných dalších jevů mimo suicidalitu. (Svoboda, 1999)

Z nástrojů k měření osobnosti lze užít i Freiburský osobnostní dotazník (FPI), který byl vybrán i k účelům tohoto výzkumu (více viz empirická část kapitola Metody).

Ze zmíněných projektivních metod je hojně užíván Rorschachův test, TAT (CAT, CATO), Rosenzweigův obrázkový frustrační test, Projektivní interview, Test nedokončených vět, Welt test i projektivní kresebné metody jako je Baum test, Kresba postavy apod. Zařadit lze jistě i Scénotest.

Intelligenční testy v suicidální diagnostice zpravidla nemají příliš význam, protože nebyla nalezena souvislost mezi úrovní inteligence a suicidálních sklonů.

Co se týče metod specificky určených pro detekci suicidálního chování, jsou nejčastěji užívány sebeposuzovací škály. Tyto škály mohou podávat zkreslené výsledky vlivem toho, že proband je nemusí vyplňovat autenticky.

K hojně užívaným škálám patří Beckova škála SSI (Beck Scale for Suicide Ideation), která má tři varianty – SSI, SSI-M a SSI-SR. Tyto škály mají tři subškály (obsahující celkem 19 položek) a vyznačují se vysokou validitou a reliabilitou. (Beck, 1984, dle Range, Knott, 1997)

Dále můžeme zmínit Linehanovu škálu RFL (Reasons for Living Inventory), která má taktéž vysokou reliabilitu a validitu a dobře měří riziko suicidálního chování. Má 6 subškál a 48 položek. (Linehan, et al., 1983, dle Range, Knott, 1997)

Za spolehlivou škálu bývá považována i SBQ škála (Suicidal Behaviors Questionnaire), která je kratší než dvě předešlé a lze ji rychle administrovat i vyhodnotit. (Linehan, et al., 1983, dle Range, Knott, 1997)

Z jiných metod můžeme zmínit ještě The Positive and Negative Suicide Ideation Inventory (PANSI) (autor – Augustine Osman) nebo Inventory of Suicide Orientation-30 (ISO-30) pro adolescenty (autor - Thomas). Existuje také Questionnaire for Determination of Suicide Risk (FBS), jehož autorem je Jochen Storck. Tento dotazník je součástí Vienna Test System a zaměřuje se na riziko suicidálních tendencí, ale i na posouzení depresivních aspektů jedince. Lze užít u adolescentů od 17 let a u dospělých. (Antonius, 2002)

Maris et al. (1992, s. 650) doporučují k suicidální predikci tyto škály:

- Scale for Assessing Suicide Risk (SASR; Tuckman, Youngman, 1968)
- Los Angeles Suicide Prevention Center Scale (LASPC; Beck, Resnick, Lettieri, 1974)
- Suicide Intent Scale (SIS; Beck et al., 1974)
- Suicide Death Prediction Scale (SDPS, delší a kratší forma; Lettieri, 1974)
- Index of Potential Suicide (IPS; Zung, 1974)
- Suicide Probability Scale (SPrS; Cull, Gill, 1982)
- Clinical Instrument to Estimate Suicide Risk (CIESR; Motto, Heilbron, Juster, 1985)
- Suicide Risk Scale (SuRS; Plutchik, van Praag, Conte, Picard, 1989)

V rámci našeho výzkumu byl použit Pöldingerův dotazník k rozpoznání závažnosti suicidálního rizika (více viz kapitola Metody).

Ke zjištění sklonu k suicidálnímu chování se užívá velmi často také diagnostické schéma dle Ringela. Ringelův presuicidální syndrom je založen na třech základních znacích (dle Špatenková, 2011, s. 141):

1. Stupňující se zužování – neboli omezování jednání, prožívání a chování jedince:
  - může jít o tzv. situační zužování, kdy se jedinec domnívá, že je ohrožen vnějšími okolnostmi, které nemůže ovlivnit a které jedince plně zahlcují (může jít např. o tragédii ve smyslu nevyléčitelné nemoci, ale i o situaci zaviněnou samotným jedincem, jako je prohrání všech peněz apod.)
  - dalším případem je tzv. dynamické zužování, kdy si jedinec uvědomuje vlastní zužující pocity, vidí svět i sebe přes „černé brýle“, může vykazovat obranný mechanismus většinou v podobě popření nebo idealizace
  - tzv. mezilidské zužování se vyznačuje omezením sociálních kontaktů jedince, může dojít až k úplné izolaci

- poslední variantou je tzv. hodnotové zužování, kdy se mění hierarchie hodnot, dříve velmi důležitě vnímané hodnoty najednou ztrácí svůj silný význam, jedinec může mít pocit, že již neexistuje žádná hodnota, o níž by stálo za to usilovat
2. Zadržování agrese – je velmi významný vztah mezi agresivitou a suicidalitou, pokud není agrese odváděna směrem ven, může dojít k obrácení agrese směrem dovnitř, proti samotnému jedinci, sebevražda je vlastně extrémní forma autoagrese, ale někdy také forma heteroagrese, kdy se subjekt snaží svému okolí ublížit a pomstít se mu.
  3. Suicidální fantazie – mají širokou škálu od vágních úvah o neexistenci, přes konkrétní plány o provedení sebevraždy až po vtíravé suicidální myšlenky (časté u schizofrenie, deprese apod.).

Maris et al. (1992) zdůrazňují, že neexistuje jednotný a univerzální nástroj k vyšetření a predikci suicidálního chování. Ideální je tedy syntéza množství dostupných technik - jednak specifických suicidálních škál, obecně osobnostních škál a škál psychiatrických poruch, zejména škál vyšetřujících depresivitu, dále prozkoumání přítomnosti biologických markerů, až po zohlednění klinických úsudků zkušených odborníků.

Celkové vyšetření by mělo obsahovat i somatickou prohlídku provedenou lékařem. Můžeme tak zhodnotit celkový zdravotní stav osoby, ale i odhalit možné následky po autodestruktivním chování. Také si je třeba všimnout celkových nápadností na vzhledu jedince. Zvláště v adolescenci mohou být tělesné odchylky vnímány jako něco, co dospívajícího vymezuje z kolektivu a může to být tak příčina jeho velkého trápení.

S vyšetřením i zjišťováním anamnézy nám pomáhají také blízké osoby jedince, nejčastěji rodiče. Jejich výpovědi jsou velmi důležité, ať už pro zjištění významných např. traumatizujících událostí v minulosti dítěte, ale i k posouzení aktuálních suicidálních projevů. Výpovědi rodičů však také nemusejí být objektivní. Kocourková (2003) hovoří o tom, že studie zkoumající reflexi sebevražedného chování dětí a jejich rodičů vypovídají o rozdílu vnímání těchto projevů. Jinými slovy rodiče posuzují suicidální projevy svého potomka mnohdy lehkověžně nebo je bagatelizují. Odborník by tak měl brát reference blízkých osob s rezervou, taktéž si všimnout případných patologických projevů rodičů či signálů, že v rodině se opravdu děje něco nežádoucího, např. co se týče nesprávných výchovných postupů. Zajímáme se také o

vlastní zkušenost rodičů se suicidálním chováním, o jejich současný psychický stav (případné užívání psychofarmak apod.) i o suicidalitu v rodinné anamnéze. Je dobré s rodiči sdílet a reflektovat jejich pocity vztahující se k suicidálnímu chování jejich potomka a pomoci jim je adekvátně zpracovávat, což podmiňuje jejich další reakci směrem k dítěti. (Kocourková, 2003)

Psychodynamické pozadí sebevražedného chování dospívajícího se liší případ od případu. Pokud chceme kategorizovat, můžeme uvést několik nejčastějších forem tohoto pozadí. (Kocourková, 2003)

Může jít o **reakci na ztrátu** milovaného objektu (někdy i domácího mazlíčka), z níž se odvíjí následné depresivní prožívání. Toto je doprovázeno pocity bezmoci, viny a osamění.

**Hostilita** může také podnítit suicidální chování, přičemž zde jde o snahu manipulovat s okolím, ublížit ostatním, pomstít se. To doprovází pocity vzteku, křivdy, bezmoci apod.

Suicidální chování, jak již bylo zmíněno, někdy bývá užíváno jako **volání o pomoc** - např. v případě z hlediska dítěte neřešitelných interpersonálních problémů. Jedinec tak apeluje na své okolí, aby mu pomohlo.

**Psychotická motivace** je velmi obtížně diagnostikovatelným faktorem. Může jít teprve o počátek psychotického onemocnění (např. hebefrenní schizofrenie začínající obvykle v adolescentním věku, která nastupuje typicky plíživě a těžko rozpoznatelně) či o symptomy závažné deprese.

Pokud jde o **suicidální hru**, hovoříme o experimentu, který dítě nemusí správně odhadnout. Suicidální motiv může být přítomný ambivalentně, jedinec může chybně hodnotit závažnost svého chování.

Díky zjištění všech dostupných informací včetně protektivních a rizikových faktorů může odborník stanovit aktuálně hrozící riziko dalšího suicidálního chování a indikovat vhodnou další terapii a práci s jedincem. Reálné podezření k sebevražednému chování, tzn. přesvědčení lékaře, že pacient se nachází v akutní sebevražedné krizi, je jasná indikace k okamžité hospitalizaci pacienta, v krajním případě i proti jeho vůli.



## 5.2 Terapie

Přístup k sebevražednému pacientovi se liší v závislosti na tom, v jaké chvíli se dostává k odborníkovi. Intervence je jiná v případě práce s jedincem trpícím suicidálními myšlenkami či suicidálními tendencemi. Jiný je i přístup v kontaktu s osobou akutně hrozící provedením suicidálního pokusu a liší se i práce se suicidantem, který sebevražedný pokus přežil. Adekvátní forma terapie lze určit pochopitelně až po komplexní diagnostice jedince. Terapeutická intervence má své místo i po dokonané sebevraždě. V tomto případě je zacílená na pozůstalé. Dále můžeme rozlišit první pomoc, krizovou intervenci a následnou terapeutickou péči.

První pomoc je povinen poskytnout jakýkoli člověk, tedy i laik (např. příbuzný), ale často to bývá i právě přivolaný lékař. V takovém případě nejprve následuje ošetření fyzické a po té i zajištění psychické. Úkolem lékaře by mělo být posoudit nutnost další hospitalizace a to v některých případech i nucené. Někdy není hospitalizace nutná a suicidantovi může být nabídnuta pomoc v některých z krizových center. Např. Riaps v Praze nabízí možnost denního stacionáře pro osoby v krizi.

Po první pomoci by měla navazovat krizová intervence, kterou již provádí poučený specialista.

Krizovou intervenci by měl poskytovat odborník, tedy psychiatr či psycholog. Můžeme ji poskytovat jak v případě hrozícího sebevražedného pokusu, tak po nedokonaném tentamen suicidii, ale taktéž po dokonané sebevraždě, kdy je krizová intervence zacílena na pozůstalé. *„Krizová intervence by měla zvládnout následující úkoly: zabránit aktuálně hrozícímu suicidálnímu jednání, objasnit konflikty a problémy, které motivují k suicidálnímu jednání, diagnostikovat případnou duševní poruchu a zajistit psychiatrickou nebo psychologickou péči. Krizová intervence musí být též zaměřena na vyloučení rizika opakování neadaptivního chování.“* (Koutek, 2007, s. 96)

Krizová intervence při ohrožení suicidiem

Krizová intervence může mít *face to face* formu, ale i formu telefonickou. Zabývá se situací „ted' a tady“ a má za úkol odvrátit hrozící sebevraždu v konkrétní chvíli, kdy působí na jedince. Při rozhovoru se suicidálním klientem, ať už po telefonu nebo osobně, má intervent za úkol v první řadě navázat kontakt a to pokud možno při zachování klidu.

Krizový intervent se může otevřeně zeptat dotyčné osoby, zda chce opravdu spáchat sebevraždu, pokud to tak vypadá. Někdy pro navázání kontaktu stačí zrcadlit klientovy výroky či chování, např. „Zní to, jako byste uvažoval o sebevraždě...“ či „Zdá se, že teď ve vaší situaci nevidíte žádné jiné východisko...“. Navázat kontakt v případě, že je jedinec v bezprostředním ohrožení (např. stojí na střeše a chystá se skočit), a zároveň zachovat klid, může být velmi obtížné. Krizový intervent by se měl pokusit zhodnotit míru akutně hrozícího ohrožení – zda má klient u sebe nějakou zbraň nebo medikamenty, které hodlá použít, či stojí-li na okraji parapetu, z něhož se chce vrhnout.

Po zhodnocení bezprostředně hrozícího nebezpečí nastupuje další úkol krizového intervenanta a to je okamžitě zredukovat hrozící nebezpečí do té míry, do níž je to možné. Proto intervent odrazuje klienta od toho, aby užil vražedných nástrojů, nabádá k tomu, aby ohrožený jedinec odložil případnou vražednou zbraň ze svého dosahu nebo se jí jiným způsobem zbavil. Toto je jistě balancování na tenké hraně, protože přílišná direktivita intervenanta může na suicidanta zapůsobit negativně.

Obvykle platí, že nemá smysl dotazovat se suicidální osoby vágními otázkami ve smyslu „proč?“ apod. Efektivnější je zjišťovat bezprostřední spouštěč tohoto chování – „Co bylo poslední kapkou?, Co se dělo v posledních hodinách?“.

Špatenková (2011) uvádí „několik NE“ platících v případě krizové intervence u sebevražedného jedince a těmi jsou – neobviňovat, neodsuzovat, nemoralizovat, nebagatelizovat, nehádat se. Naopak je třeba projevit pokud možno autenticky svůj opravdový zájem a účast.

Dalším krokem pro intervenanta je nalézt zachytný bod, pokud existuje. Jde tedy o to, nalézt nějakou hodnotu, která ještě zbyla v životě dotyčného a nepodlehla zúžení hodnot. Dále je třeba identifikovat motivaci stojící za suicidálním chováním – zda chce osoba opravdu zemřít či zda chce někomu svým jednáním ublížit či na sebe takto upozornit okolí, od něhož očekává konečně nějakou pomoc či pozornost.

Krizový intervent se pokouší nabídnout jedinci jinou alternativu, jak by mohl svou složitou situaci řešit. Dobré je mluvit konkrétně a nabídnout specifický plán nebo zmínit

konkrétní osoby, na které se lze obrátit a rovnou na ně předat kontakty (psycholog, psychiatr apod.).

Obecně platí, že není dobré suicidálního jedince přemlouvat, aby sebevraždu nespáchal. Vhodnější je dát mu najevo, že volba je čistě v jeho rukou, avšak intervent zdůrazňuje, že on sám je na straně života.

Někdy bývá také užívána smlouva či kontrakt o nespáchání sebevraždy. Tato technika se užívá i v klasické terapii. S klientem se uzavře smlouva, v níž se zavazuje, že po určité časové období (např. do příštího sezení) nespáchá suicidium. Přestože smlouva nemá z právního hlediska žádný význam, suicidální jedinec se cítí zavázán, což někdy může pomoci tomu, že svůj slib skutečně dodrží. Ideální je, aby si klient sám stanovil dobu, po kterou si je jist, že nespáchá sebevraždu. Je dobré, aby tento časový interval pokud možno přesně definoval, např.: „jsem si jistý, že sebevraždu nespáchám do příštího setkání, které je za pět dní“. Intervent také může s klientem sestavit rozvrh hodin pro období, po které smlouva bude platit, ve kterém lze definovat, jak klient bude trávit dobu do příštího kontaktu, kdy může být smlouva případně obnovena. Lze také sestavit seznam nouzových osob, na které se lze v případě krize obrátit, např. telefonicky. V dohodnutém termínu po vypršení smlouvy o přežití lze její platnost opět obnovit. Takto je možné pokračovat do té doby, dokud klient nedospěje k novému rozhodnutí – např. že chce žít a již nechce spáchat sebevraždu. (Špatenková, 2011)

#### Krizová intervence po tentamen suicidii

Po nezdařilém sebevražedném pokusu je vhodné navázat se suicidantem co nejdříve kontakt. Nejlépe tak brzo, jak jeho zdravotní stav dovolí. Sebevražedný pokus by měl být co nejpresněji diagnostikován kvůli volbě správné následné intervence. Také je třeba ihned zhodnotit další suicidální ohrožení. Suicidální pokus v anamnéze je vysoce rizikový faktor dalšího sebevražedného chování, proto u jedince po tentamen suicidii hrozí poměrně velká pravděpodobnost, že se o sebevraždu pokusí znovu. Je zajímavé, že stejně jako ve chvíli, kdy se jedinec definitivně rozhodne spáchat sebevraždu, se může objevit zdánlivé zlepšení jeho stavu a nálady, tak i po nezdařilém suicidálním pokusu může nastat určité zlepšení nálady dotyčného. Tento jev může jeho okolí uklidnit, taktéž může být chybně interpretován jako pominutí nebezpečí. Příčina však tkví spíše v přechodném uvolnění energie, ne v tom, že by destruktivní riziko trvale pominulo.

Po nezdařilém pokusu o sebevraždu by pokud možno měla navazovat dlouhodobá terapie. Krizová intervence těsně po tentamen může být zaměřena i na rodinu suicidanta, pro niž je aktuální situace většinou velmi tíživá a zároveň intimní. Rodina často neví, jak k suicidantovi dále přistupovat. Příčina sebevraždy může mnohdy tkvět i v interpersonálních vztazích uvnitř rodiny, které mohou být narušené. Někdy ze strany rodinných blízkých může docházet k bagatelizaci suicidálního pokusu příbuzného, někdy je také rozpoutána závažná rodinná krize, v jiných pozitivnějších případech je to impulz pro členy rodiny k započetí naslouchání a touhy pomoci svému příbuznému. Špatenková (2011, s. 149) uvádí, že suicidální pokus může ostatní členy rodiny zničehonic tvrdě konfrontovat s vlastními sebevražednými sklony. Dle řady autorů (např. Ecquirol, Falret, Brière de Boismont) existuje v rodinách určitá suicidální tradice založená na dědičnosti, tzn. sebevražedné chování se objevuje napříč několika generacemi.

Krizová intervence v rodině suicidanta by měla být zaměřena zejména na potlačení vzniku nevraživé atmosféry směrem k sebevražednému jedinci. Rodina by naopak měla být motivována k poskytnutí opory a přijímání suicidální osoby. Krizový intervent sám se snaží poskytnout oporu celé rodině a taktéž zachytit případné suicidální úvahy u jiných členů rodiny. První kontakt rodiny se suicidantem může být obtížný. Jako mediátor může při setkání působit krizový intervent, který se snaží situaci moderovat takovým směrem, aby byly eliminovány nežádoucí projevy, např. obviňování, odmítání či agresivní reakce vůči suicidantovi. (Špatenková, 2011)

#### Krizová intervence po dokonaném suicidiu

Po zdařilé sebevraždě má krizová intervence jediný cíl – pozůstalé rodinné příslušníky. Takovéto úmrtí je pro rodinu obvykle velmi těžko stravitelné a je přijímáno podstatně obtížněji než běžné úmrtí. Důvodem je stigma i tabu, které ve společnosti sebevražda znamená. Objevuje se tematika viny, křivdy, studu, hněvu a nevyřečených otázek, které již nikdy nebude možno položit, protože jediný, kdo by je mohl skutečně zodpovědět, je zesnulý. Pozůstalí si často mohou vyčítat, že sebevraždě nedokázali zabránit a nevšimli si nějakých signálů včas. V krajním případě může rodinné trauma odstartovat další suicidální chování u někoho z pozůstalých osob. Tito jedinci se také mohou obávat, že sami nechtěně podlehnou suicidálnímu impulzu vlivem genetické zátěže (viz výše – suicidální tradice). Worden píše: „Zabýval jsem se situací mnoha mladých mužů, kteří v raném mládí ztratili své otce následkem

*sebevraždy. Je jim teď kolem dvaceti-třiceti let a každý z nich věří, že také on zemře vlastní rukou. Toto neustálé zabývání se sebevraždou není mezi pozůstalými po sebevrazech žádnou vzácností. Někteří si s tím sami nahánějí strach, jiní se to pokoušejí zvládnout.“* (Worden, 1997, s. 79-87, dle Špatenková, 2011)

Je tedy třeba rodině pomoci toto bolestivé trauma překonat. Zde se otevírá pole působnosti pro krizového intervenanta. Ten pracuje s různými prvky. Jednak pomáhá rodině vypořádat se s negativními emocemi, které pozůstalí pociťují vůči sobě nebo vůči zemřelému či vůči jiným osobám. Taktéž intervenant pracuje s pocity viny a to v případě, že jsou neopodstatněné i v případě opodstatněných pocitů viny. Není dobré přijmout určitou zkreslenou představu o sebevrahovi, pozůstalí ho mohou glorifikovat, ale i nenávidět a degradovat všechny jeho kvality. Intervenant by měl pomoci zachovat reálný obraz zemřelého ve vzpomínkách příbuzných. Krizová intervence poskytuje i prostor pro zpracování pocitů vzteku, zlosti, ale také osamění a smutku. Někdy bývá vhodné také pozůstalé začlenit do některé ze svépomocných skupin, kterou navštěvují podobně postižení. Užitečné může být i poradenství nebo dlouhodobá psychoterapie, pokud je zpracování ztráty pro některého z rodinných příslušníků obzvlášť problematické. (Špatenková, 2011)

#### Systematická práce se suicidálním pacientem

Léčba suicidálních osob dlouhodobého systematického charakteru musí mít správně zvolenou adekvátní formu i obsah. V podstatě vše vyrůstá z pečlivé kompletní diagnostiky pacienta. Bez tohoto kroku se nelze obejít. Je totiž nutné rozpoznat případné psychiatrické onemocnění, jehož symptomem může být právě suicidální chování. Pokud je psychiatrická diagnóza přítomna, je to již indikace k určité formě léčby, a to někdy i prostřednictvím medikamentů (psychofarmak). Není-li přítomno psychické onemocnění, taktéž volíme odlišný přístup práce se suicidálním jedincem.

Léčebné přístupy můžeme v podstatě rozdělit na dvě formy. První strategie předpokládá, že suicidální chování je vlastně výsledkem jiné, základní duševní poruchy. Délka a zaměření léčby odpovídají příslušné duševní poruše ve víře, že její zlepšení povede i ke zlepšení sebevražedného chování. Snížení tohoto chování je vlastně nepřímým výsledkem léčby. Tento model léčby je obsažen často v psychodynamických a biologicky zaměřených terapeutických přístupech.

Druhý model je zaměřen přímo na snížení suicidálního chování. V těchto přístupech je tedy snížení sebevražedného chování explicitním cílem terapie. Pokud je užívána tato strategie, terapeutická sezení jsou zaměřena na zapojení klienta do diskuse o současném a nedávném suicidálním chování (zahrnujícím suicidální ideace, výhrůžky a sdělení). Tento druhý model je užíván často v rámci behaviorálních a kognitivně-behaviorálních přístupů. (Miller, Rathus, Linehan, 2007)

Roli také hraje, jak vysoké je právě hrozící riziko sebevražedného chování. I podle toho odborník volí, zda bude následná léčba prováděna ambulantně či je nutná hospitalizace pacienta.

Pokud hrozí vysoké riziko suicidálního chování, obvykle volíme spíše lůžkovou léčbu. Zde je však někdy nevýhodou vytržení pacienta (a to platí zejména u dětí a adolescentů) z jeho přirozeného kontextu rodiny, školy, přátel. Ovšem v případě, že jsou rodinné vztahy nějak narušeny a dokonce mohou být jednou z příčin sebevražedného chování, je to indikace k hospitalizaci, která může působit příznivě. Lůžková léčba může taktéž některým pacientům dopřát útek z bezprostředního vlivu aktuální problémové situace. Komadová (2009, s. 262) k tématu hospitalizace dodává: *„Prostředníctvom odstupu od problému môže poskytnúť zníženie tlaku, ktorý jedinec ohrozený suicidálnym jednaním prežíva a pomocou toho tiež znížiť intenzitu stavu zúženia a napomôcť mu byť schopným generovať viac potenciálnych riešení k životnej situácii.“* Další výhodou hospitalizace je, že v rámci ní lze velmi intenzivně terapeuticky pracovat. Na půl cesty mezi ambulantní léčbou a lůžkovou léčbou je stacionář v krizovém centru – a to buď denní nebo týdenní.

Vhodná může být terapie rodinná, individuální i skupinová. U dětí lze častěji využít různých neverbálních technik, např. arteterapie či muzikoterapie.

Rodinná terapie umožňuje práci s rodinou jako celkem. Je vhodná zejména v případě, že vztahy v rodině jsou nějakým způsobem narušené nebo patologické. Velmi vysoké procento příčin suicidálního chování pramení, zejména u adolescentů, z interpersonálních konfliktů v rámci blízkých osob. Rodinná terapie také může odhalit dysfunkční výchovné postupy nebo jinou problematiku – např. alkoholismus, týrání, zneužívání apod. Rodinná terapie také poskytuje rodině prostor ke zpracování suicidálního chování (respektive někdy i sebevražedného pokusu) svého člena.

Terapeutických přístupů, jimiž lze úspěšně působit na suicidální osoby v individuální terapii, je mnoho. Koutek (2007, s. 97) uvádí, že „v rámci léčby můžeme použít individuální psychoterapie suportivní, psychodynamicky orientované a kognitivně behaviorální.“ Suportivní neboli podpůrná terapie je zaměřena na zvládání suicidálního puzení a posilování adaptivních mechanismů. Psychodynamické směry se zabývají ranými zážitky, intrapsychickými konflikty a traumaty, které mohou působit na nevědomé úrovni psychiky a produkovat patologické chování. Kognitivně behaviorální terapie neřeší příčiny, ale pracuje s chováním a myšlením, které aktuálně probíhá. Pomocí spektra postupů „přeučuje“ nevhodné chování a mění chybné modely myšlení. KBT je jeden z direktivnějších psychoterapeutických směrů, je ale poměrně efektivní.

Skupinová terapie pracuje s interpersonálními vztahy, sociálními dovednostmi a umožňuje jedinci získat korektivní zkušenosti v různých oblastech, především v sociální sféře.

Vhodnost či nevhodnost farmakoterapie opět závisí na podrobně provedené diagnostice a případném přidruženém psychiatrickém onemocnění. Nevhodná bývají obvykle antidepresiva, která zvyšují aktivitu jedince. Pod jejich vlivem totiž nejprve dojde ke zvýšení aktivity a až po té ke zlepšení nálady. Toto může – než dojde k zlepšení nálady - „dodat“ sílu k provedení suicidálního pokusu, na který dosud nebylo dostatek energie. Taktéž tyto léky mohou v počátcích léčby zvyšovat anxieta. Jako příklad můžeme zmínit např. nortriptilin nebo fluoxetin.

Opatrnost je na místě také v otázce toxicity léku. V mnoha případech pacienti užívají jako nástroj k suicidálnímu pokusu léky, které jsou jim předepsány. „Z hlediska toxicity jsou z psychofarmak nejnebezpečnější tricyklická antidepresiva, dále neuroleptika a relativně nejméně nebezpečné jsou benzodiazepiny. Užití benzodiazepinu je však s ohledem na nebezpečí vzniku závislosti omezené. Větší míru bezpečnosti přinesla antidepresiva třetí generace, tzv. SSRI, u nichž letální dávka převyšuje terapeutickou dávku na dva týdny. Problémem je, že pro dětský věk jsou z těchto méně toxických antidepresiv registrována pouze některá z nich, a to sertralin a fluvoxamin. (Koutek, 2007, s. 100)

V rámci první pomoci u suicidálního chování jsou aplikována zejména psychofarmaka sloužící ke zklidnění jedince, často injekčně. Užívané jsou benzodiazepiny (zejména diazepam a rivotril) nebo tlumící neuroleptika (např. tiserčin či v případě výrazného neklidu haloperidol).

V rámci schizofrenního onemocnění se suicidálním rizikem je zejména u školáků a adolescentů vhodné užití olanzapinu (dávkování 5-15 mg/24 hod.). (Malá, 2000)

U suicidálního chování tedy užíváme medikamenty s ohledem na povahu psychického stavu, který suicidalitu doprovází. U stavů úzkosti a napětí používáme benzodiazepiny, ovšem to spíše krátkodobě, s ohledem na jejich již zmíněnou návykovost. Dlouhodoběji jsou předepisovány hlavně různé druhy antidepresiv a to u jedinců trpících depresivním onemocněním. Antidepresiva typu SSRI mají antiagresivní účinky (platící jak pro heteroagresi, tak pro autoagresi), dobře tedy působí i na suicidální jednání. Neuroleptika neboli antipsychotika jsou předepisována u poruch psychotického typu, zejména schizofrenie a schizotypní poruchy, někdy i u hraniční poruchy osobnosti. (Koutek, 2007)

Po propuštění jedince z lůžkové léčby i po zakončení ambulantní terapie, která dosahuje různé délky a je na uvážení terapeuta, kdy je vhodné spolupráci zakončit, je dobré udržet s klientem i nadále kontakt. *„Vhodné je i další ambulantní psychiatrické sledování, neboť suicidální jednání v anamnéze představuje rizikový faktor pro opakovaná suicidia. Podle katamnestických studií asi 25% mladistvých suicidantů suicidální jednání opakuje, přičemž 4,3 % skončí letálně (10% chlapců a 2,9 % dívek)“* (Koutek, 2000, s. 409)

### 5.3 Prevence

Prevence suicidálního chování u dětí a adolescentů je velmi významná, ale také velmi složitá. Hlavním důvodem je fakt, že suicidalita je ve svých příčinách multifaktoriálním jevem. Je tedy těžké přesně definovat její příčiny a efektivně na ně působit a ovlivňovat je.

Obecně můžeme na děti a adolescenty působit v několika rovinách. Jednak se můžeme snažit působit na zdravé jedince a snažit se celkově zlepšovat jejich psychické zdraví a psychickou odolnost, upevňovat adaptivní mechanismy a adekvátní copingové strategie, působit tedy na celkovou situaci dítěte a na jeho duševní zdraví v plné šíři. Dále je možné snažit se ve skupině jedinců zachytit ty, u nichž probíhají nějaké suicidální myšlenky nebo další suicidální chování. Také je vhodné, snažit se rozpoznat ty osoby, u nichž se rozvíjí některé z psychických onemocnění.



Můžeme se taktéž snažit diferencovat rizikové a protektivní faktory (viz výše) suicidálního chování a snažit se zmírňovat rizikové a naopak posilovat protektivní.

Prevence suicidálního chování může probíhat jednak samozřejmě prostřednictvím rodiny (za předpokladu poučenosti jejích členů), dále školy (různé programy zajišťované vyučujícími či externisty) a dalších institucí působících na děti a taktéž skrze odborníky (zejm. psychiatry a psychology, ale i běžné lékaře), v neposlední řadě také prostřednictvím médií.

V rámci laické veřejnosti je důležité zajistit informovanost o možných variantách odborné pomoci, které jsou dostupné v čase krize. Např. Komadová (2009) uvádí, že informovanost v běžné populaci o různých typech pomoci není zdaleka dostačující. Představy o psychiatrických léčebnách, o profesi psychologa i psychiatra a o fungování krizových center bývají zkreslené. Osoby již poučené o tom, kam se mohou v případě suicidální krize obrátit, často uvádějí, že znalost možnosti pomoci je pro ně velmi ulevující.

Hlavním cílem prevence je samozřejmě co největší snížení výskytu suicidálního chování v populaci. V případě, že se tento jev vyskytne, jde o snahu oslabit negativní důsledky pro dítě a jeho vývoj i pro jeho rodinu. Taktéž se snažíme o snížení pravděpodobnosti, že bude sebevražedné chování opakováno. Prevenci můžeme rozdělit na primární, sekundární a terciální.

Primární prevence působí na normální populaci adolescentů, u nichž nebyly nalezeny žádné příznaky propuknutí klinické poruchy. Snaží se snížit působení rizikových faktorů, podpořit působení protektivních faktorů a působit na dospívající v plné šíři jejich bio-psycho-sociálního kontextu. Pokud působíme na normální populaci adolescentů, hovoříme o univerzální primární prevenci. Dále můžeme rozlišit v rámci primární prevence ještě selektivní a indikovanou intervenci. Selektivní je zacílena na osoby, které jsou potenciálně vulnerabilními, protože se u nich vyskytují některé rizikové faktory suicidálního chování, ať už biologické, psychologické nebo sociální. Indikovaná primární intervence pracuje s vysoce rizikovými osobami, které již splňují některá kritéria nežádoucího jevu, ale ještě u nich suicidální chování nepropuklo.

Sekundární prevence se snaží o zachycení osob, u nichž se klinická porucha již vyskytuje – tedy suicidální chování je přítomno – anebo jsou rizikové, a o snížení negativních dopadů suicidálního chování na vývoj těchto osob. Můžeme sem zahrnout i krizovou intervenci.

Zájmem terciální prevence je snížit riziko opakování suicidálního chování a zmírnit následky již proběhlého sebevražedného chování.

Kocourková (2007, s. 109) uvádí aspekty prevence suicidálního chování dětí a adolescentů:

- regulace dostupnosti prostředků suicidálního chování, jako jsou střelné zbraně nebo psychofarmaka;
- informovanost všech osob pečujících o děti o výskytu suicidálního chování, rizikových faktorech a rizikových skupinách dětí a adolescentů a významu podpory rodiny i dostupné profesionální psychologické a psychiatrické pomoci;
- profesionální training odborníků pečujících o děti (psychologů, psychiatrů, lékařů, učitelů) ve schopnosti identifikovat suicidální riziko a adekvátně reagovat v případě suicidálního chování dítěte nebo dospívajících;
- specifický psychoterapeutický výcvik pro odborníky (zejména psychology a pedopsychiatry), kteří pracují s ohroženou populací na krizových centrech pro děti a linkách důvěry.

Konkrétní programy probíhají např. ve školách a bývají nejčastěji zaměřeny univerzálně na děti a na dospívající. V rámci nich mohou být nacvičovány postupy, které slouží k řešení různých nestandardních situací, např. ve skupinkách s následnou diskusí s přednášejícím. Důležité je zdůraznit, že žádná situace není neřešitelná a odkazovat na konkrétní odborníky a organizace, na které se lze v případě krize obrátit. Pro tento účel slouží poměrně dobře zejména linky důvěry, kde je možné konzultovat svůj problém, případně dostat kontakty na jiná místa, kam se může jedinec obrátit. Také je možné zmínit některá krizová centra, která mívají otevřeno nonstop i přes noc.

Svou důležitou úlohu ve školách by měl reprezentovat i školní psycholog. Ten by měl být se studenty v kontaktu, měl by být lehce dostupný, aby se na něj žáci mohli obrátit i s individuální konzultací.

Vhodné jsou také programy, které se zaměřují na vzdělávání učitelů ve školách v otázce suicidálního chování dětí a mládeže. Pedagogové se mohou učit rozeznávat projevy suicidálního chování a učit se postupy první pomoci v případě, že si takových znaků u studentů všimnou. Stejně tak můžeme poučit i rodiče. (Kocourková, 2007)

### III. Empirická část

#### 1. Cíl výzkumu

Cílem diplomové práce je komplexní zmapování rizikových faktorů suicidálního chování adolescentů v ČR. Záměrem je zjistit, které konkrétní faktory mají vliv na úroveň suicidálního rizika u populace českých dospívajících.

Výzkumné šetření bude provedeno za použití baterie metod na studentech dvou středních odborných učilišť různých oborů a jednoho gymnázia v Praze. Skupina studentů z učilišť je označena z různých důvodů (viz dále) jako vulnerabilní a skupina gymnazistů jako srovnávací. Použité metody slouží k detekci rizik suicidálního chování a k identifikaci základních dimenzí osobnosti. Výzkumný vzorek by měl disponovat množstvím cca 100 respondentů. Cílem je zjistit souvislosti rizik suicidálního chování u tohoto souboru populace v kontextu jejich aktuálních životních podmínek.

## 2. Výzkumné předpoklady

Toto jsou naše hlavní výzkumné předpoklady:

- a) Riziko suicidálního chování souvisí s **dosaženým vzděláním rodičů studentů**.
- b) Skupinu studentů ze středního odborného učiliště označujeme pro naše pracovní potřeby jako **vulnerabilní** a skupinu gymnaziálních studentů označujeme pracovníčně jako **srovnávací**.
- c) Zvýšené riziko suicidálního chování je podmíněno spíše **nižší úrovní vnímané sociální opory**.
- d) Zvýšené riziko suicidálního chování souvisí ve Freiburském osobnostním dotazníku s vyššími hodnotami dimenzí **depresivita** a **emocionální labilita**.
- e) Zvýšené riziko suicidálního chování souvisí s tím, zda jsou **rozvedení rodiče** adolescenta.
- f) Osoby skórující **výše v životní angažovanosti** vykazují nižší riziko suicidálního chování a naopak.

Následovně ke každému výzkumnému předpokladu bude uveden komentář, který by měl objasnit, z čeho tyto domněnky vycházejí.

- a) Riziko suicidálního chování souvisí s **dosaženým vzděláním rodičů studentů**.

Předpokládáme, že studenti SOU častěji pocházejí z rodin s nižším socioekonomickým statusem nebo/a z rodin s nižšími finančními příjmy. Socioekonomický status (SES) netvoří samozřejmě jen úroveň dosaženého vzdělání, ale více faktorů, mezi které patří i výše příjmů a společenské postavení. Je jasné, že vyšší vzdělání nemusí nutně implikovat vysoké příjmy (např. množství pomáhajících profesí, k nimž je potřeba vysokoškolského vzdělání, nebývá nadprůměrně finančně hodnoceno). Z pravidla spolu však faktory jako je úroveň vzdělání, finanční situace a postavení ve společnosti souvisejí a vytvářejí výsledný socioekonomický status jedince. Tento status predikuje určitou životní úroveň, která souvisí taktéž s mírou životní pohody a mírou zažívaného stresu, což se promítá do výsledného fyzického i psychického zdraví jednotlivce. *„Ukazuje se kupříkladu, že chronický stres, definovaný jako trvající a opakující se nároky, které vyžadují opakované přizpůsobování v průběhu dlouhého časového*

*období (tělesný handicap, chudoba, matřimoniální problémy), souvisí s SES, tj. jeho distribuce se liší podle sociální třídy, a to tak, že jeho výskyt je vyšší v nižších sociálních třídách.*“ (Thoits, 1995, dle Šolcová, Kebza, 1999, s. 32)

*„Lidé s lepším socioekonomickým postavením se v průměru dožívají vyššího věku, jsou zdravější a čelí nižší skupinově specifické míře úmrtnosti než lidé, jejichž postavení ve společnosti je špatné.*“ (Desai, Alva 1998; Marmot 2004; Robert 1999; Robert, House 1999; Williams, Collins, 1995, dle Kreidl, Hošková, 2008).

Skupina osob s nižším dosaženým vzděláním je také ohroženější skupinou v kontextu nezaměstnanosti. Z údajů českého statistického úřadu z prvního čtvrtletí roku 2012 vyplývá, že nezaměstnanost je stále rozšířenější ve vrstvách lidí s nižším dosaženým vzděláním spíše než s vyšším. *„V třídění podle stupně dosaženého vzdělání mají nízkou míru nezaměstnanosti trvale vysokoškoláci (2,5 %) a osoby s úplným středním vzděláním s maturitou (5,2 %). Vysoká míra nezaměstnanosti se ještě více zvyšuje ve skupině osob se základním vzděláním (28,4 %), nadprůměrná je i v početné skupině osob se středním vzděláním bez maturity vč. vyučených (8,2 %).*“ (Český statistický úřad, 2012) *„U nezaměstnaných je obzvláště vysoká úroveň plicní rakoviny, sebevraždy, úrazů a srdečních chorob. Nezaměstnaný má 11x vyšší pravděpodobnost, že se pokusí o sebevraždu v porovnání se stejně starým zaměstnaným mužem.*“ (Šolcová, Kebza, 2001)

Předpokládáme tedy, že rodiče respondentů z odborných učilišť budou mít častěji střední nebo základní vzdělání než rodiče respondentů z gymnázií, protože poměrně častým jevem – jak vyplývá ze statistik - je kopírování typu vzdělání rodičů. Stres působící na rodiče či životní pohoda, kterou rodiče prožívají, generuje určitou rodinnou atmosféru, která ovlivňuje potomky v tomto prostředí žijící.

Zejména z těchto výše uvedených důvodů byla skupina respondentů ze SOU označována pracovně jako **vulnerabilní** k suicidálnímu chování. Skupina respondentů rekrutující se z gymnázia byla pracovně označena jako **srovnávací**.

Dalším výzkumným předpokladem je tedy:

- b) Skupinu studentů ze středního odborného učiliště označujeme pro naše pracovní potřeby jako **vulnerabilní** a skupinu gymnaziálních studentů označujeme pracovně jako **srovnávací**.
- c) Zvýšené riziko suicidálního chování je podmíněno spíše **nižší úrovní vnímané sociální opory**.

Sociální opora působí jako významný protektivní faktor. Začlenění člověka do sociální struktury a vytváření a udržování interpersonálních vztahů jsou významné determinanty prospívající fyzické i psychické složky jedince. Jinými slovy dostatečná sociální opora může u jedince zvyšovat well-being, zdravotní stav a může zvyšovat resilienci jedince při vystavení stresogenním situacím. Je to jakýsi zdroj podpory, z něhož může člověk čerpat. Taktéž funguje jako nárazník ochraňující psychiku před stresem. Hlavním zdrojem sociální opory je především rodina a blízcí přátelé. Taktéž to ale mohou být např. spolupracovníci. (Šolcová, Kebza, 1999)

U této hypotézy tedy hraje roli předpoklad, že jedinci, kteří budou hodnotit výše vlastní sociální oporu, budou také ti, kteří budou odolnější k rozvoji suicidálního chování. Toto může fungovat jednak z toho důvodu, že takoví jedinci budou pravděpodobně disponovat vyšší životní spokojeností, jednak také proto, že i v případě expozice stresové události budou tito jedinci pravděpodobně odolnější k rozvinutí maladaptivních vzorců chování a psychické patologie.

- d) Zvýšené riziko suicidálního chování souvisí ve Freiburském osobnostním dotazníku s vyššími hodnotami dimenzí **depresivita** a **emocionální labilita**.

Jak bylo uvedeno v teoretické části této práce, suicidální chování se velmi často vyskytuje v souvislosti s depresivní symptomatologií. Stejně tak emocionální labilita může být předpokladem k snazšímu rozvinutí tendence k suicidálnímu chování.

- e) Zvýšené riziko suicidálního chování souvisí s tím, zda jsou **rozvedení rodiče** adolescenta.

Již bylo zmíněno v teoretické části této práce, že příčiny suicidality adolescentů často souvisí s rodinnými konflikty a s interpersonálními vztahy. Rozvod či separace rodičů bývá z pravidla významným stresogenním faktorem působícím na jedince. Tato často konfliktní situace může působit jako potenciální riziko ke snížení životní pohody, v krajním případě k rozvinutí depresivního ladění jednotlivce (potažmo k suicidálnímu chování).

- f) Osoby skórující **výše v životní angažovanosti** vykazují nižší riziko suicidálního chování a naopak.

Tato hypotéza vychází z předpokladu, že vyšší hodnocení smysluplnosti vlastního života bude souviset spíše s nižšími tendencemi k suicidálnímu chování. Suicidální chování se často

vyskytuje v souvislosti se stresem, traumatem či konflikty, které znemožňují vidět vlastní život a jeho hodnoty jako smysluplné a vyšší sebeaktualizační potřeby mohou být potlačeny. Taktéž možné depresivní ladění vyskytující se mnohdy v souvislosti se suicidálním chováním může potenciálně snižovat subjektivní hodnocení smysluplnosti vlastního života a jeho aktivit.



### 3. Metody

V rámci výzkumu jsme použili Freiburský osobnostní dotazník (viz příloha č. 5, str. 118), Pöldingerův dotazník k rozpoznání závažnosti suicidálního rizika (viz příloha č. 7, str. 124), Blumenthalův dotazník vnímané sociální opory (viz příloha č. 8, str. 125) a Test životní angažovanosti (viz příloha č. 6, str. 122). Dále probandi zaznamenávali pohlaví, věk, typ své střední školy, nejvyšší dosažené vzdělání rodičů a to, zda aktuálně žijí v domácnosti s oběma rodiči či jen s jedním.

#### **Freiburský osobnostní dotazník (FPI – Freiburger Persönlichkeits Inventar)**

Tento osobnostní dotazník obsahuje výroky týkající se způsobu chování, stavů, zaměření a tělesných těžkostí, se kterými proband souhlasí nebo nesouhlasí.

Autory FPI jsou Fahrnberg, Selg a Hampel, kteří ho publikovali v roce 1970. Autoři československé verze jsou Kollárik, Poliaková a Ritomský (1984). Tento vícedimenzionální osobnostní dotazník obsahuje 12 škál:

škála FPI 1 – nervozita (psychosomaticky narušený – psychosomaticky nenarušený)

škála FPI 2 - spontánní agresivita (spontánně agresivní, emocionálně nezralý – neagresivní, ovládající se)

škála FPI 3 - depresivita (rozladěný, nejistý – klidný, sebejistý)

škála FPI 4 - vzrušivost (vzrušivý, lehce frustrovaný – klidný)

škála FPI 5 - společenskost (družný, živý – nedružný, zdrženlivý)

škála FPI 6 - mírnost (klid, sebedůvěra, dobrá nálada – dráždivost, váhavost)

škála FPI 7 - reaktivní agresivita a snaha o dominanci (reaktivní, agresivní, prosazující se – poddajný, umírněný)

škála FPI 8 - zdrženlivost (zdrženlivý, nesmělý – nenucený, lehce navazující kontakt)

škála FPI 9 – otevřenost (otevřený, sebekritický – uzavřený, nekritický)

škála FPI E – extraverze (extravertovaný – introvertovaný)

škála FPI N – emocionální labilita (emocionálně labilní – emocionálně stabilní)

škála FPI M – maskulinita (typicky mužský – typicky ženský sebepopis)

Dotazník má čtyři formy: C (celková forma s 212 položkami), A a B (paralelní formy se 114 položkami) a K (zkrácená verze se 76 položkami). V rámci této práce byla použita zkrácená forma K, její administrace trvá asi 15 – 20 minut. Probandi zaznamenávají své odpovědi do záznamových archů. Vyhodnocení je prováděno pomocí šablon pro jednotlivé škály. Hrubé skóre jsou převáděny na staniny, resp. percentily. Dotazník má normy ve čtyřech věkových kategoriích (od 15 do 50 let) a to zvlášť pro muže a zvlášť pro ženy. (Svoboda, 1999)

### **Pöldingerův dotazník k rozpoznání závažnosti suicidálního rizika**

Ke zjištění úrovně suicidálního rizika našich respondentů jsme použili Pöldingerův dotazník. Tento dotazník obsahuje 16 položek týkajících se suicidálního chování v různých podobách – od suicidálních ideací, přes suicidální tendence, až po nedokonaný suicidální pokus v anamnéze. Na každou položku lze odpovědět ano/ne. Čím více otázek 1-11 je zodpovězeno ANO a čím více otázek 12 - 16 je zodpovězeno NE, tím vyšší je suicidální riziko.

### **Blumenthalův dotazník vnímané sociální opory (PSSS)**

Úroveň vnímané sociální opory byla zjišťována prostřednictvím sebeposuzovací metody Perceived Social Support Scale (PSSS) Blumentala et al. (1987). Obsahuje 12 základních a 4 doplňující položky, prostřednictvím kterých osoba hodnotí dostupnost sociální opory a spokojenost s ní. Položky dotazníku jsou posuzovány na 7mi bodové škále Likertova typu, kde jedinec vyjadřuje míru souhlasu či nesouhlasu s daným tvrzením. Zjišťuje se celkový skóre a 3 dílčí skóre - sociální opora od významné, blíže neurčené osoby (PSSSA), od členů rodiny (PSSSB) a od přátel (PSSSC). Další 4 položky (škály), které připojil Vašina (1999), dovolují srovnávat hodnocení sociální opory ze strany rodiny, přátel, spolupracovníků a nadřízených. I při malém počtu položek má dotazník relativně příznivé psychometrické charakteristiky. (Janečková, 2008)

## **Life engagement test**

Test životní angažovanosti neboli Life engagement test slouží k zaznamenání subjektivně vnímaného hodnocení smyslu života. Autoři Scheier et al. (2006) tímto vytvořili nástroj pro měření životní angažovanosti - smyslu života. Ten definovali jako „míru angažovanosti v aktivitách s osobní důležitostí“. Vytvořili tak celkový index životní angažovanosti. Test obsahuje 6 položek, které jsou hodnoceny pomocí pětibodové stupnice. Položky 1, 3, 5 jsou kódovány reverzně a součtem všech položek získáme celkový skóre životní angažovanosti.

#### 4. Výzkumný vzorek, kritéria pro zařazení do vzorku a sběr dat

Výběrový soubor tvoří dvě skupiny studentů. Jedna skupina je označena pracovním jako vulnerabilní, což jsou studenti středních odborných učilišť, druhá skupina je označena pracovním jako srovnávací, to jsou studenti všeobecného gymnázia. Volba konkrétních škol proběhla náhodně. Oslovili jsme cca 12 pražských škol, zhruba dvě třetiny škol odpovědělo. Nakonec jsme se domluvili s jedním středním odborným učilištěm (První české soukromé střední odborné učiliště) a s jedním všeobecným gymnáziem (gymnázium Voděradská). Od obou škol jsme žádali k výzkumu cca 50 studentů posledních ročníků.

Na gymnáziu se podařilo sebrat data při jedné návštěvě. Navštívili jsme dvě třídy posledních ročníků šestiletého gymnázia a získali jsme 48 respondentů. Na Prvním českém soukromém středním odborném učilišti jsme navštívili třídy posledních ročníků oborů truhlář, kadeřnice a administrativní pracovník s maturitou. Narazili jsme zde však na vysokou absenci studentů. Podařilo se nám tedy sebrat pouze 32 respondentů. Posléze jsme tedy navštívili ještě střední odborné učiliště Belgická, kde se nám podařilo při jedné návštěvě získat dalších 19 respondentů v třídách posledních ročníků oboru prodavač.

Ve všech školách jsme záměrně vybírali poslední ročníky, na SOU jsme se snažili o pohlavní vyváženost – čili obor truhlář, kde se dalo předpokládat, že zde budou zastoupeni spíše chlapci, jsme vyvážili oborem kadeřnice, který bývá typický především pro dívky.

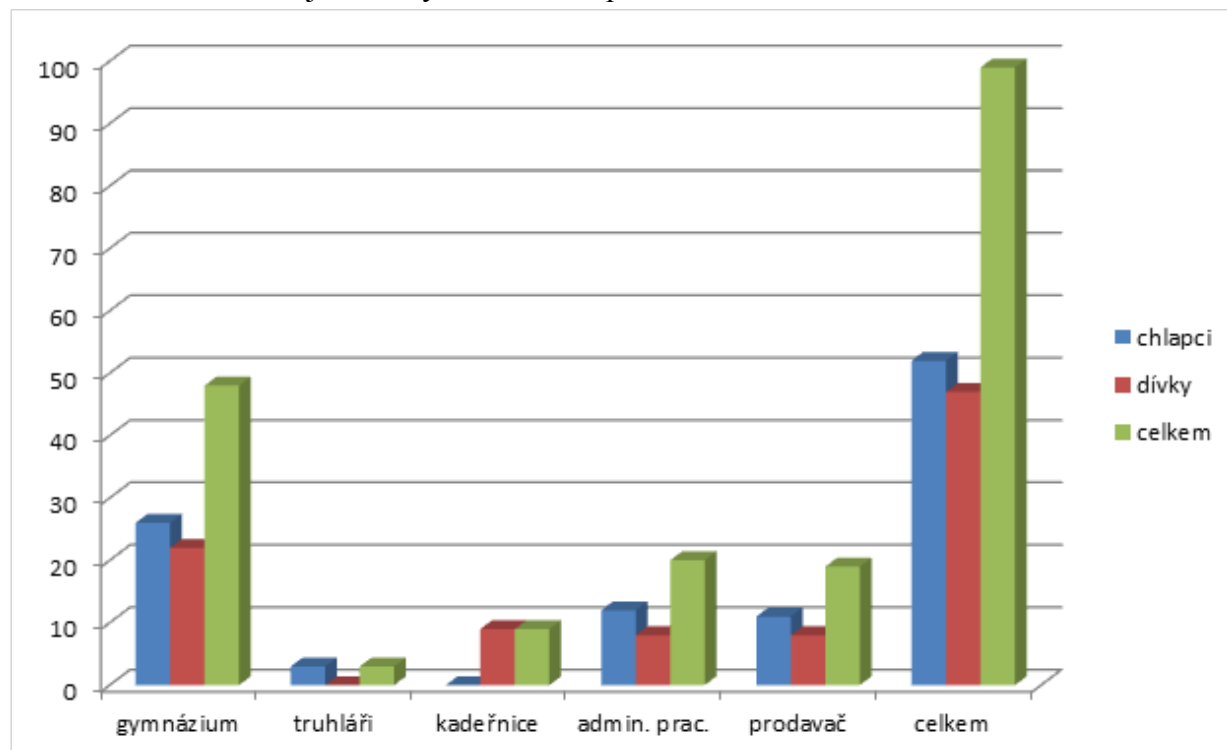
Výzkumný vzorek zahrnoval ve výsledku 99 (47 dívek a 52 chlapců) respondentů.

Všechny školy se nacházejí v Praze. Tabulka 5 popisuje pohlavní rozdělení na jednotlivých oborech.

**Tab. č. 5** Struktura tříd jednotlivých oborů dle pohlaví

	gymnázium	truhláři	kadeřnice	admin. prac.	prodavač	celkem
Chlapci	26	3	0	12	11	52
Dívky	22	0	9	8	8	47
Celkem	48	3	9	20	19	99

**Graf č. 8** Struktura tříd jednotlivých oborů dle pohlaví



## 5. Statistické zpracování

Data jsme kódovali za použití programu Microsoft Excel Starter 2010, v němž byly vytvořeny i všechny tabulky a grafy. Po té jsme data převedli do programu SPSS Statistics 17.0, který jsme použili k provedení statistického zpracování dat. Použili jsme Pearsonův korelační koeficient a párový nezávislý t-test.

## 6. Výsledky

V rámci korelační analýzy v našem výzkumu jsme si stanovili hladinu významnosti  $\alpha=0,01$ . Korelační analýza prokázala tyto **signifikantní korelace** - na hladině významnosti  $\alpha=0,01$  - v rámci celého našeho vzorku (viz příloha č. 1, str. 113):

- Suicidálního rizika negativně koreluje se skórem životní angažovanosti.
- Sociální opora pozitivně koreluje se skórem životní angažovanosti.
- Skór suicidálního rizika pozitivně koreluje se škálou FPI-2 (spontánní agresivita).
- Skór životní angažovanosti pozitivně koreluje se škálami FPI-5 (společenská), FPI-6 (mírnost) a FPI-M (maskulinita).
- Sociální opora pozitivně koreluje se škálou FPI-6 (mírnost).

Na hladině významnosti  $\alpha=0,05$  byly dále prokázány tyto korelace:

- Skór suicidálního rizika negativně koreluje se sociální oporou.
- Skór suicidálního rizika pozitivně koreluje se škálami FPI-1 (nervozita), FPI-3 (depresivita), FPI- 8 (zdrženlivost) a FPI-N (emocionální labilita).
- Sociální opora pozitivně koreluje se škálou FPI-1 (nervozita).
- Skór životní angažovanosti pozitivně koreluje se škálou FPI-E (extraverze).

Také jsme sledovali rozdíly v rámci jednotlivých kategorií:

### Pohlaví

Mezi muži a ženami nejsou signifikantní rozdíly, co se týče suicidálního rizika.

### Úplnost rodiny

Respondenti žijící v úplné rodině s oběma rodiči nevykazovali signifikantně nižší riziko suicidálního chování než respondenti z neúplných rodin.

## Školy

Ve skupině studentů gymnázia se prokázala negativní korelace suicidálního rizika a sociální opory. Také proměnná skóre životní angažovanosti negativně korelovala se suicidálním rizikem. Dále se potvrdila pozitivní korelace sociální opory a skóre životní angažovanosti.

Ve skupině studentů SOU se potvrdila pozitivní korelace sociální opory a skóre životní angažovanosti. Suicidální riziko korelovalo pouze s proměnnými FPI-3 (depresivita) a FPI-N (emocionální labilita) a to pozitivně. (viz příloha č. 2, str. 115)

V rámci t-testu mezi studenty gymnázia a studenty odborných učilišť se neprokázala rozdílnost, kromě škály depresivity. Ukázalo se, že studenti SOU skórovali signifikantně výše ve škále FPI – 3 (depresivita). (viz příloha č. 3, str. 116)

Provedli jsme také párový t-test státního SOU a soukromého. Výsledkem nebyl signifikantní rozdíl mezi těmito typy škol v rámci sledovaných proměnných.

## Vzdělání rodičů

Provedli jsme t-test k porovnání všech kategorií vzdělání rodičů. U žádné kategorie, ať už vzdělání matky či vzdělání otce, se neprokázala signifikantní rozdílnost suicidálního rizika. Vzdělání rodičů tedy významně neovlivňuje suicidální riziko u dětí v rámci našeho souboru.

Zajímavé je však zjištění, že skupina dětí matek se středním vzděláním s maturitou se liší od skupiny dětí matek s výučním listem a to v rámci proměnné životní angažovanosti. Skupina adolescentů s matkami s výučním listem disponuje v rámci našeho souboru vyšší mírou životní angažovanosti. (viz příloha č. 4, str. 117)

Výsledky potvrzení či nepotvrzení výzkumných předpokladů:

### a) Riziko suicidálního chování souvisí s **dosaženým vzděláním rodičů studentů.**

T-test nepotvrdil signifikantní rozdílnost suicidálního rizika v závislosti na vzdělání rodičů.

Dosažené vzdělání rodičů tedy nijak významně nesouvisí se suicidálním rizikem respondentů. Výzkumný předpoklad se tedy **nepotvrdil**.



- b) Skupinu studentů ze středního odborného učiliště označujeme pro naše pracovní potřeby jako **vulnerabilní** a skupinu gymnaziálních studentů označujeme pracovně jako **srovnávací**.

T-test neprokázal signifikantní rozdíl mezi gymnáziem a SOU v rámci sledovaných proměnných, s výjimkou proměnné FPI-3, tedy škály depresivity. V této škále skórovali studenti odborných učilišť výše než studenti gymnázia. Výzkumný předpoklad se tedy **nepotvrdil**.

- c) Zvýšené riziko suicidálního chování je podmíněno spíše **nižší úrovní vnímané sociální opory**.

Tento předpoklad se **nepotvrdil** na požadované hladině významnosti  $\alpha=0,01$ , na hladině významnosti  $\alpha=0,05$  se však **potvrdil**.

- d) Zvýšené riziko suicidálního chování souvisí ve Freiburském osobnostním dotazníku s vyššími hodnotami dimenzí **depresivita** a **emocionální labilita**.

Tento předpoklad se na hladině významnosti  $\alpha=0,01$  **nepotvrdil**, na hladině významnosti  $\alpha=0,05$  však **ano**.

- e) Zvýšené riziko suicidálního chování souvisí s tím, zda jsou **rozvedení rodiče** adolescenta.

Tento výzkumný předpoklad **nebyl prokázán**. Respondenti žijící v úplné rodině s oběma rodiči nevykazovali signifikantně nižší riziko suicidálního chování.

- f) Osoby skórující **výše v životní angažovanosti** vykazují nižší riziko suicidálního chování a naopak.

Tento předpoklad se **potvrdil**. Suicidální riziko signifikantně negativně koreluje se skórem životní angažovanosti.

#### IV. Diskuse

V rámci teoretické části práce jsme se pokusili komplexně popsat suicidální chování jako složitý proces a faktory, které ho mohou ovlivňovat. V empirické části práce jsme se věnovali rizikovým faktorům suicidálního chování. Toto jsme zkoumali na vzorku dospívajících lidí z pražského všeobecného gymnázia a dvou pražských odborných učilišť. Pokusili jsme se zjistit, které specifické proměnné mohou mít vliv na úroveň suicidálního chování u adolescentní populace.

Přestože ze všech výzkumných předpokladů se potvrdil na požadované hladině významnosti pouze jeden (souvislost suicidálního rizika a stupně životní angažovanosti), považujeme toto zjištění za velmi zajímavý výsledek. Zároveň byly objeveny ještě některé další souvislosti mezi sledovanými proměnnými.

Předpoklad, že riziko suicidálního chování souvisí s úrovní dosaženého vzdělání rodičů studentů, se v rámci našeho souboru nepotvrdil. Toto může být způsobeno mnoha faktory. To, že dítě žije v rodině s nižším vzděláním rodičů či s nižšími příjmy, nemusí samo o sobě suicidální riziko nijak podporovat. Může to však být obecným rizikovým faktorem. Pokud dítě žije v sociálně slabší rodině, může být např. znevýhodňováno v kolektivu spolužáků. S nižším socioekonomickým statusem také může klesat celkové well-being rodiny. Taktéž se ukazuje, že s výší dosaženého vzdělání se snižuje zastoupení opakovaných rozvodů, přičemž rozvod rodičů je významný stresogenní faktor působící na potomky. Pokud tyto faktory takto pracují, v rámci našeho vzorku se však signifikantně nepotvrdil jejich vliv na úroveň suicidálního rizika.

Skupinu studentů z odborných učilišť jsme pracovníčně označili jako vulnerabilní – s potenciálním vyšším suicidálním rizikem, při čemž skupinu gymnazistů jsme pracovníčně označili jako srovnávací. Vyšší míra suicidálního rizika se však u studentů z odborných učilišť v našem vzorku neprokázala. Tyto dvě skupiny se od sebe lišily jen v rámci škály depresivity ve Freiburském osobnostním dotazníku. Depresivita je poměrně významný rizikový faktor k suicidálnímu chování. Proto je tento výsledek velmi zajímavý. Na odborných učilištích panuje odlišné klima než na gymnáziích. Častěji je tam zaznamenávána šikana. Někteří studenti, kterým nejde učení a nejsou k němu příliš motivovaní, volí odborné učiliště jako svou poslední volbu, přestože v konkrétním oboru nemusí vidět smysl a nemají hlubší zájem ho vystudovat. Toto se může projevit celkovou frustrací studentů, kteří svou seberealizaci spatřují v revoltování a

bouření se proti autoritě. I toto by mohlo potenciálně zvyšovat úroveň šikany. Celková atmosféra odborných učilišť by mohla podporovat vyšší míru depresivity. Zajímavé by bylo porovnat klima na státních odborných učilištích a na soukromých. Provedený t-test neodhalil žádné odlišnosti v rámci sledovaných proměnných mezi našimi skupinami soukromého učiliště a státního učiliště.

V celkovém souboru se nepotvrdila souvislost suicidálního rizika a sociální opory na požadované hladině významnosti. Tento předpoklad se potvrdil jen na hladině významnosti  $\alpha=0,05$ . Zajímavým výsledkem je signifikantní souvislost (negativní korelace) těchto dvou proměnných v rámci skupiny gymnazistů. Sociální opora funguje jako významný protektivní faktor, t-test však neodhalil její odlišnou míru ve skupině gymnazistů a studentů odborných učilišť. Co by tedy mohlo způsobit, že skupiny se neliší v míře suicidálního rizika ani sociální opory a tyto dvě proměnné spolu signifikantně korelují pouze ve skupině gymnazistů? Výsledek naznačuje to, že v rámci našeho souboru by mohli studenti gymnázia sociální oporu vnímat jako důležitý a rozhodující faktor, který ovlivňuje jejich život. Nemůžeme ale říci, že by toto mohlo být způsobeno tím, že jsou „zvyklí“ mít kolem sebe dostatek podpory ze svého okolí na rozdíl od dospívajících z učilišť, právě kvůli výsledku t-testu (skupiny se v rámci proměnné sociální opora neliší). Je možné, že na gymnáziích jsou jedinci, kteří citlivěji vnímají nepřítomnost či přítomnost dostatečné sociální opory a více si uvědomují dopady podpory z jejich sociálního prostředí. Tento výsledek by byl jistě velmi zajímavým tématem k dalšímu výzkumu.

Předpoklad, že vyšší suicidální riziko bude souviset s vyššími hodnotami ve škálách FPI depresivita (FPI-3) a emocionální labilita (FPI-N), se nepotvrdil v rámci celého vzorku na požadované hladině významnosti. Velmi zajímavé ale je, že tento předpoklad se potvrdil pouze v rámci souboru studentů z odborných učilišť, kde riziko suicidálního chování pozitivně koreluje se škálou depresivity a emocionální lability. Zároveň t-test prokázal celkovou vyšší úroveň depresivity u studentů z učilišť, což by mohlo vysvětlovat zjištěný výsledek korelací depresivity a suicidálního rizika. V rámci sledované škály emocionální lability však mezi oběma typy škol nebyly nalezeny rozdíly. Znamená to tedy, že studenti obou skupin jsou přibližně stejně neurotičtí, avšak jen u studentů odborných učilišť tento faktor souvisí se zvýšeným suicidálním rizikem. Je možné, že gymnazisté jsou v určitých směrech odolnější než dospívající z učilišť a ani vyšší míra lability u nich neusnadňuje riziko rozvoje suicidality. Jako námět k dalšímu výzkumnému šetření bychom mohli formulovat otázku, jak se liší míra obecné odolnosti k různým vlivům zátěže u studentů z gymnázií od studentů odborných učilišť.

Náš výzkumný předpoklad o vyšší úrovni suicidálního rizika u dospívajících žijících v neúplných rodinách se nepotvrdil. Rozvod rodičů, zvláště pak pokud je komplikovaný a dramatický, což dítě obvykle velmi senzitivně vnímá, může působit komplexně jako významný rizikový faktor. Nelze však zobecňovat – samozřejmě existuje mnoho rodin, kde rozvod proběhne bez problémů a separace rodičů je spíše přínosem pro celkové rodinné klima. Pokud je tato situace dítěti vhodně podána, nemusí mít významně negativní dopad na jeho celkový vývoj a naopak může podpořit vztahy s rodiči. V rámci našeho souboru dospívajících se tedy nepotvrdila neúplnost rodiny jako signifikantní rizikový faktor k suicidálnímu chování.

Co se týče výzkumného předpokladu o souvislosti nižšího suicidálního rizika a vyšší míry životní angažovanosti, byla prokázána souvislost v rámci našeho vzorku. Tento předpoklad je tedy potvrzen pro náš soubor populace. Toto může být ovlivněno mnoha faktory. Osoby, které vnímají ve svém životě určité hodnoty, v nichž vidí smysl, mají pravděpodobně nižší tendenci k rozvinutí suicidálního chování. Toto je popsáno v rámci některých teorií, např. v teoretické části již zmíněný Ringelův model presuicidálního syndromu naznačuje určité zúžení mimo jiné i hodnot jedince, který může najednou mít pocit, že není v jeho životě nic, co by mu dávalo smysl. Test životní angažovanosti velmi dobře zachycuje vnímání smyslu života a hodnot. Potvrzení tohoto výzkumného předpokladu tedy dobře koresponduje např. s Ringelovým schématem, které ale popisuje stav již těsně před tím, než jedinec rozvine samotné suicidální chování. Náš výsledek však může mít příčiny i ve skutečnosti, že vnímání smyslu života a stabilní hierarchie hodnot jedince může působit jako protektivní faktor. Jedinec se, díky tomu, že ve svém bytí spatřuje smysl, může stát odolnějším a lépe pak vstřebat a překonat nepříznivé situace a méně pravděpodobně rozvinout tendenci k suicidálnímu chování či k jiným maladaptivním mechanismům. Tento výsledek je konzistentní taktéž s názorem Frankla (1999), že u suicidálních jedinců se vyskytuje snížení smysluplnosti života a jeho hodnoty.

Mimo výzkumné předpoklady naše studie odhalila ještě další zajímavé výsledky. Zjistili jsme, že v rámci našeho výzkumného souboru sociální opora pozitivně koreluje s úrovní životní angažovaností. Také tento výsledek může být ovlivněn mnoha faktory. Dostatečná míra sociální opory působí na člověka komplexně pozitivně v mnoha ohledech, je to významný protektivní faktor. Zejména dospívající jedinci velmi citlivě vnímají přijetí a podporu ze svého okolí, hlavně co se týče toho nejbližšího (rodina, přátelé). Pokud je potřeba sociálních kontaktů a vztahů naplněna, jistě to vytváří příznivé klima pro celkový rozvoj jedince. Toto může mít dopad i na

úspěšné formování zájmů a hodnot dospívajícího a na jeho seberealizaci, v níž posléze může spatřovat svůj osobní smysl života.

Náš výzkum taktéž ukázal, že skóre životní angažovanosti v našem vzorku pozitivně koreluje se škálou maskulinita (FPI-M) Freiburského osobnostního dotazníku. Jedinec vysoce skórující ve škále maskulinity je obvykle charakterizován jako aktivní, prosazující se, sebejistý, podnikavý, pohotový s vyrovnanou náladou. Toto by pravděpodobně odpovídalo popisu plně sebeaktualizovaného jedince, který disponuje různorodými hodnotami, v nichž nalézá svůj životní smysl. Skóre životní angažovanosti také signifikantně koreluje (pozitivně) se škálami FPI-5 (společenská) a FPI-6 (mírnost). Jedinec skórující vysoko ve škále společenské bývá charakterizován jako družný a živý. Vysoký skóre ve škále mírnosti obvykle poukazuje na klidnou osobnost vyznačující se vyšším sebevědomím a dobrou náladou. Tato charakteristika může jistě odpovídat popisu jedince s vyšší životní angažovaností.

V rámci našeho souboru byl také prokázán vztah mezi vyšší sociální oporou a vyšším skóre ve škále FPI-6 (mírnost). Sociální opora je jeden z faktorů, které bezesporu mají vliv na well-being jedince. Osoba pociťující ve svém prostředí sociální oporu může být jistě charakterizována jako klidná, disponující sebedůvěrou a dobrou náladou, což je právě popis odpovídající jedinci vysoce skórujícímu ve škále mírnosti.

Velmi zajímavý výsledek je prokázaná pozitivní korelace mezi skóre suicidálního rizika a škálou FPI-2 (spontánní agresivita). Osobu skórující významně ve škále spontánní agresivity můžeme popsat jako emocionálně nezralou, ovlivňovanou vlastními afekty, které může odreagovávat prostřednictvím agrese zaměřené do okolí, je to osoba neklidná, impulzivní s problémy se sebeovládáním. Tento popis značí jistou labilitu a nevyrovnanost, což společně se sklony k agresi a impulzivitě může pravděpodobně podporovat potenciál k suicidálnímu chování.

T-test prokázal, že skupina dětí matek se středním vzděláním s maturitou se liší od skupiny dětí matek s výučním listem a to tak, že druhá skupina skóruje výše v rámci životní angažovanosti. Děti matek s výučním listem v rámci našeho souboru mají tedy vyšší míru vnímaného životního smyslu než potomci matek se středním vzděláním s maturitou. V dnešním soutěživém prostředí kladoucím vysoký důraz na výkon je běžné, že děti se navzájem srovnávají ve všech aspektech svého života. Je možné, že potomci rodičů s výučním listem úroveň vzdělání svých rodičů vnímají jako určitý deficit, který je v kolektivu vrstevníků může znevýhodňovat.

Možná, že tyto děti jsou pak motivovány „dohnat“ to, co rodiče nezvládli, a jejich angažovanost je pak vyšší. V rámci dosaženého vzdělání otců se však žádné rozdíly neprokázaly.

Přestože jsme si v našem výzkumu stanovili požadovanou hladinu významnosti  $\alpha=0,01$ , za zmínku stojí pozastavení se nad některými dalšími vztahy prokázanými na hladině významnosti  $\alpha=0,05$ . Skór suicidálního rizika v rámci našeho souboru pozitivně koreluje se škálami FPI-1 (nervozita), FPI-3 (depresivita), FPI-8 (zdrženlivost) a FPI-N (emocionální labilita). Všechny tyto škály zachycují vlastnosti, kterými by mohl disponovat potenciálně suicidální jedinec. Výzkumný předpoklad o souvislosti vyšší míry suicidálního rizika a vyšších skórů ve škálách depresivita a emocionální labilita se nám tímto potvrzuje na hladině významnosti  $\alpha=0,05$ . Dále byla objevena pozitivní korelace skóru životní angažovanosti a škály FPI-E (extraverze). Tento výsledek může být ovlivněn například tím, že extravertní jedinec se mnohdy může snáze prosazovat v sociálním prostředí a snadněji tak dosahovat svých cílů, které podporují jeho sebeaktualizaci a životní angažovanost. Na hladině významnosti  $\alpha=0,05$  byl také potvrzen vztah mezi úrovní sociální opory a škálou FPI-1 (nervozita). Tyto proměnné korelují pozitivně. Škála nervozity zachycuje zejména rozličné psychosomatické obtíže, vegetativní těžkosti a bolesti všeho druhu, kterými může jedinec trpět. Vztah těchto dvou proměnných může být ovlivněn mnoha faktory, lze si však představit, že v určitých situacích může jedinec trpící množstvím psychosomatických obtíží vyvolávat nadprůměrnou pozornost svého okolí a možná tak i pociťovat větší pozornost ze strany svých blízkých, což by mohlo ovlivňovat vnímanou úroveň sociální opory.

Získané výsledky tohoto výzkumu považujeme za poměrně zajímavé a jistě by posloužily jako podnět k dalším studiím. Samozřejmě naše zjištění nemůžeme automaticky zobecňovat na celou populaci, protože náš výzkum disponoval omezeným počtem respondentů, v němž se některé souvislosti nemusely plně signifikantně projevit.

Limitace studie tedy vidíme jednak v omezeném počtu respondentů. Dále také v tom, že studenti pocházeli pouze z pražských vzdělávacích institucí. Toto znemožnilo zachytit některé rozdíly mezi různými regiony, které by se mohly projevit, kdyby byl výzkum realizovaný v rámci jiných, menších měst. Jistě by také bylo zajímavé zahrnout do výzkumného vzorku i studenty jiných typů škol, jak gymnázií osmiletých či čtyřletých, tak jiných středních škol, např. školy zdravotní apod. To by mohlo odhalit jistě některé další vztahy.

Náš výzkum byl kvantitativního charakteru. Bylo by zajímavé přistoupit k tomuto tématu kvalitativně a mít možnost např. provést rozhovory s respondenty, kteří skórovali vysoko v rámci suicidálního rizika.

Pokud bychom naše výsledky chtěli použít k preventivním programům zaměřeným na suicidální chování na středních školách, jistě bychom se mohli vydat směrem zacíleným k životní angažovanosti studentů. S adolescenty bychom pak mohli pracovat např. v rámci vnímání a rozvoje vlastních potřeb a hodnot, vnímání sebe sama a touhy po vlastní seberealizaci a zaměření se na sebereflexi životního smyslu.

## V. Závěr

Tato diplomová práce se zabývala riziky suicidálního chování u adolescentů. Toto téma je velmi aktuální nejen proto, že z údajů Světové zdravotnické organizace (WHO, 2012) vyplývá, že tendence k suicidálnímu chování se celosvětově v posledních letech stále mírně zvyšuje. Adolescentní populace tvoří první významný skok směrem ke zvýšení suicidálních tendencí v rámci věkových kategorií. Četnost suicidií u dospívajících se za posledních 50 let téměř zdvojnásobila. (Maris et al., 1992) Proto je důležité tato fakta nepřehlížet a zaměřit se na rozklíčování mechanismů, které zde fungují, potažmo na to, jak nastavit preventivní opatření (např. ve školách) tak, aby suicidální chování bylo možno včas detekovat a použít vhodnou další intervenci.

Cílem našeho výzkumu bylo zmapování možných rizikových faktorů k suicidálnímu chování v adolescentní populaci. Východiskem byla otázka, zda existují některé specifické faktory, které mohou mít vliv na nárůst suicidálního chování u dnešních dospívajících a zda se tyto souvislosti mění v závislosti na typu škol, které studenti navštěvují.

Podarilo se nám potvrdit, že vyšší suicidální riziko souvisí s nižší mírou životní angažovanosti v rámci našeho souboru. Dále se nám podařilo nalézt vztah mezi skórem životní angažovanosti a úrovní sociální opory, tyto dvě proměnné spolu pozitivně korelovaly. Vztah se také objevil mezi vyšším skórem životní angažovanosti a vyšším skórem v rámci škály společenskosti, mírnosti a maskulinity Freiburského osobnostního dotazníku. Dále byl potvrzen vztah mezi vyšším skórem suicidálního rizika a vyšším skórem v rámci škály spontánní agresivity. Nalezli jsme také souvislost mezi vyšší mírou sociální opory a vyšším skórem ve škále mírnosti.

Zajímavé bylo porovnání skupin obou typů škol. Studenti odborných učilišť mají v rámci našeho vzorku větší tendenci k depresivitě. Co se týče jejich skupiny, potvrdil se nám zde výzkumný předpoklad, že vyšší suicidální riziko souvisí s vyššími skóry ve škálách FPI depresivita a emocionální labilita. Naproti tomu ve skupině gymnaziální byl potvrzen výzkumný předpoklad o souvislosti vyšší úrovně suicidálního rizika a nižší míry sociální opory. Také jsme zjistili, že děti matek s výučním listem mají vyšší míru životní angažovanosti než děti matek, které vystudovaly střední školu s maturitou.



Tato diplomová práce přispěla k vytvoření pohledu na rizikové faktory suicidálního chování u adolescentů. Pokud by došlo v budoucnu k rozšíření studie a jejímu podrobnějšímu rozpracování, jistě by mohla posloužit jako materiál užitečný pro některé odborníky v praxi. Mohla by tvořit určitý teoretický základ metodického doporučení vhodného pro pedopsychiatry a dětské psychology, např. v rámci dětských psychiatrických ambulancí a pedagogicko-psychologických poraden. Toto by jistě přispělo k včasnému zachytu rizik suicidálního chování u dětí a dospívajících. Je velmi důležité pracovat na informovanosti odborníků o této problematice, která je v současnosti velmi palčivým tématem.

## VI. Použitá literatura

1. ANTONIUS, K. *Suicide Risk Evaluation Questionnaire Manual*. Mödling: Dr. C. J. Hogrefe, 2002, 11 s.
2. BERMAN, Alan L., David A. JOBES a Morton M. SILVERMAN. *Adolescent suicide: assessment and intervention*. 2nd print. Washington: American Psychological Association, 2007, ix, 456 s. ISBN 1-59147-193-1.
3. BLÁHA, Pavel. *Suicidalita a její vývoj u české populace (epidemiologie suicidálního chování)*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2010. Vedoucí práce Vladimír Kebza.
4. BLUMENTHAL, J. A. et al. Social support, type A behavior, and coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 1987, 49, s. 331 - 340.
5. BROWN, Tom M., Ian M. PULLEN a Allen I. SCOTT. *Emergentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1992, 160 s.
6. CSÉMY, Ladislav a Pavla CHOMYNOVÁ. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011. Zaostřeno na drogy I* [online]. 2012, roč. 10, č. 1, s. 12 [cit. 2012-03-11]. ISSN 1214 -1089. Dostupné z:  
[http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/press\\_centrum/evropska\\_skolni\\_studie\\_o\\_alkoholu\\_a\\_jinych\\_drogach\\_espad\\_2011](http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/press_centrum/evropska_skolni_studie_o_alkoholu_a_jinych_drogach_espad_2011).
7. *Český statistický úřad* [online]. 2012 [cit. 2012-05-20]. Dostupné z:  
<http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/czam050412.doc>.
8. DURKHEIM, Émile. *Suicide: a study in sociology*. New York: Free Press, 1979, 405 s. ISBN 0-684-83632-7.
9. FARBEROW, Norman L. a Edwin S. SHNEIDMAN. *The cry for help*. New York: McGraw-Hill, 1961, 398 s.

10. FOUTS, Roger a Alena JINDROVÁ. *Nejbližší příbuzní: co jsem se od šimpanzů dozvěděl o nás*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2000, 332 s. Kolumbus, sv. 153. ISBN 80-204-0878-9.
11. FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta, c2006, 237 s. ISBN 80-7295-085-1.
12. FRANKL, Viktor Emil. *Teorie a terapie neuróz: [úvod do logoterapie a existenciální analýzy]*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 171 s. ISBN 80-7169-779-6.
13. GRABMANN, Martin. *Thomas von Aquin: Eine Einführung in seine Persönlichkeit und Gedankenwelt*. 6., vom Verf. neubearb. und erw. Aufl. München: Verlag Josef Kösel & Friedrich Pustet, 1935, 231 s.
14. GRANELLO, Darcy Haag a Paul F. GRANELLO. *Suicide: an essential guide for helping professionals and educators*. Boston: Pearson/Allyn & Bacon, c2007, xii, 340 s. ISBN 0-205-38673-3.
15. HAWTON, K., J. FAGG, S. PLATT, M. HAWKINS. Factors associated with suicide after parasuicide in young people. *British Med. Journal*. 1993, 306, s. 1641-4.
16. HILLMAN, James. *Duše a sebevražda*. 1. vyd. Praha: Sagittarius, 1997. ISBN 80-901898-4-9.
17. HORT, Vladimír, Jiří KOUTEK, Michal HRDLIČKA, Jana KOCOURKOVÁ, Eva MALÁ et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, 492 s. ISBN 80-7178-472-9.
18. HUME, David. *On suicide, The Philosophical Works of David Hume*. 4. vyd. Boston/Edinburgh: 1854.
19. JANEČKOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty tyreopatie*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. Dostupné : [http://is.muni.cz/th/97585/fss\\_d/Disertacni\\_prace.txt](http://is.muni.cz/th/97585/fss_d/Disertacni_prace.txt). Vedoucí práce prof. PhDr. Vladimír Smékal, CSc.
20. KABÍČEK, Pavel. *Nová morbidita mládeže*. Sanguis. 2006, roč. 8, č. 48, s. 16-16. Dostupný z: <http://sanguis.cz/index1.php?linkID=art184>.

21. KERKHOF, A., E. ARENSMAN. *Pathways to Suicide: The Epidemiology of the Suicidal Process*. In Van Heeringen, K. (ed.). *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention*. 1st ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2002, pp. 15 – 39. ISBN 0-471- 98803-0.
22. KOLLÁRIK, Teodor, Eva POLIAKOVÁ a Alojz RITOMSKÝ. *Osobnostný inventár - FPI*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1985.
23. KOMADOVÁ, Katarína. *Suicidálny proces v dospeljej populácii*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2009, 312 s. Vedoucí práce Jiří Šípek.
24. KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-732-9.
25. KREIDL, Martin a Lucie HOŠKOVÁ. *Strategie měření socioekonomického statusu a zdraví v sociologických publikacích*. [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2008, roč. 2, s. 131-154 [cit. 2012-05-20]. Dostupné z: [https://docs.google.com/viewer? a=v&q=cache:xZfOeTyRhHEJ:archiv.soc.cas.cz/download/660/DaV08\\_2\\_pp131154.pdf +&hl=cs&gl=cz&pid=bl&srcid=ADGEESgypdUQDQ4IzgPIYrI2tRJIBa4RYSAjX3Kg0MWp8pAmlMyoqvoaQ\\_B3tFR2iV2-s7wA7fiwa2aoE8unwjBQFGvob8B-tLsmy5Qno4dnypusNDuutrwI118Q\\_h4tn4CFLSI4L5sy&sig=AHIEtbQDIcS0cHefoX8qNdggOQ20efACuw&pli=1](https://docs.google.com/viewer? a=v&q=cache:xZfOeTyRhHEJ:archiv.soc.cas.cz/download/660/DaV08_2_pp131154.pdf +&hl=cs&gl=cz&pid=bl&srcid=ADGEESgypdUQDQ4IzgPIYrI2tRJIBa4RYSAjX3Kg0MWp8pAmlMyoqvoaQ_B3tFR2iV2-s7wA7fiwa2aoE8unwjBQFGvob8B-tLsmy5Qno4dnypusNDuutrwI118Q_h4tn4CFLSI4L5sy&sig=AHIEtbQDIcS0cHefoX8qNdggOQ20efACuw&pli=1).
26. KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2333-4.
27. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: Co by se měli lékaři, sestry, duchovní a lidé vůbec naučit od umírajících pacientů*. Vyd. 1. Turnov: Arica, 1993, 251 s. ISBN 80-900134-6-5.
28. MACEK, Petr. *Adolescence*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003, 144 s. ISBN 80-7178-747-7.
29. MANN, J. J. et al. *Toward Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. The American Journal of Psychiatry*. 1999, vol. 156, iss. 2, pp. 181 – 189.

30. MARIS, Ronald W. *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford Press, c1992, xxii, 697 s. ISBN 0-89862-791-5.
31. MARIS, Ronald W., Alan L. BERMAN a Morton M. SILVERMAN. *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: Guilford Press, c2000, xxii, 650 s. ISBN 978-1-57230-541-0.
32. MENNINGER, K. A. *Psychoanalytic Aspects of Suicide*. In Maltzberger, J. T., Goldblatt, M. J. (eds.). *Essential Papers on Suicide*. 1st ed. New York, NY: New York University Press, 1996, pp. 20 – 35. ISBN 0-8147-5550-X.
33. MILLER, Alec L., Jill H. RATHUS a Marsha LINEHAN. *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press, 2007, 346 s. ISBN 15-938-5383-1.
34. MONESTIER, Martin. *Dějiny sebevražd: Dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. 1. vyd. Praha: Dybbuk, 2003. ISBN 80-903001-8-9.
35. NEVOLE, Svetozar. Rysy geniality u duševně chorých. *Čs. Psychiatrie*. 1966, 62, č. 5, s. 290-293.
36. PIAGET, Jean a Bärbel INHELDER. *Psychologie dítěte*. Vyd. 1. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1970, 115 s.
37. PIAGET, Jean. *Psychologie inteligence*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1966, 147 s.
38. PLATÓN. *Faidón*. 3. vyd. Praha: ISE, 1994, 104 s. ISBN 80-85241-36-6.
39. POMPILI, Maurizio, Iginia MANCINELLI, Paolo GIRARDI, Amedeo RUBERTO a Roberto TATARELLI. *Suicide in anorexia nervosa: A meta-analysis*. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2004, roč. 36, č. 1, s. 99-103 [cit. 2012-07-26]. ISSN 0276-3478. DOI: 10.1002/eat.20011. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/eat.20011>.
40. PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ, Miloš ŠLEPECKÝ et al. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. 1. vyd. Praha/Kroměříž: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-865-1.

41. RANGE, L., E. KNOTT. Twenty suicide assessment instruments: Evaluation and recommendations. *Death Studies*. 1997, roč. 21, 1., s. 25-58.
42. SANTROCK, John W. *Adolescence*. 13. vyd. New York: McGraw Hill, 2010. ISBN 978-0-07-016498-7.
43. SENECA, Lucius Annaeus. *Vychovatel a utěšitel*. Vyd. 1. Olomouc: Votobia, 1995, 235 s. ISBN 80-85619-42-3.
44. SCHEIER, M. F., C. WROSC, A. BAUM et al. The Life Engagement Test: Assessing Purpose in Life. *Journal of Behavioral Medicine*. 2006, Vol. 29 (3), s. 291-298.
45. SCHMIDTKE, A. *Monitoring Suicidal Behaviour in Europe*. Würzburg: 2008. 44 s.
46. SVOBODA, Mojmir. *Psychologická diagnostika dospělých*. Vyd. 2. Praha: Portál, 1999, 342 s. ISBN 80-717-8327-7.
47. ŠOLCOVÁ, I., V. KEBZA. Nezaměstnanost a zdraví. *Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav AV ČR, 2001, XLV, č. 2. ISSN 0009-062X.
48. ŠOLCOVÁ, I., V. KEBZA. Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav AV ČR, 1999, XLIII, č. 1. ISSN 0009-062X.
49. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, 195 s. ISBN 978-80-247-2624-3.
50. THOMAS, Shawn. *Neurotransmitter.net* [online]. [cit. 2012-06-18]. Dostupné z: <http://www.neurotransmitter.net>.
51. TRESS, Wolfgang, Johannes KRUSSE a Jürgen OTT. *Základní psychosomatická péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-309-3.
52. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.
53. VAŠINA, B. *Psychologie zdraví*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity, 1999.

54. VIEWEGH, Josef. *Sebevražda a literatura*. Vyd. 1. Brno: Nakl. Tomáše Janečka, 1996, 282 s. ISBN 80-858-8010-5.
55. WEISS, P. *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 360 s. ISBN 80-7178-634-9.
56. WEISS, P., V. URBÁNEK a I. PROCHÁZKA. Koitální debut. *Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav AV ČR, 1999, roč. 40, č. 2, s. 141-142.
57. *World Health Organization* [online]. © 2012 [cit. 2012-07-29]. Dostupné z: <http://www.who.int/en/>

## VII. Přílohy

**Příloha č. 1:** Korelační matice všech sledovaných proměnných – Pearsonův korelační koeficient

**Příloha č. 2:** Korelační matice dle typu školy – Pearsonův korelační koeficient

**Příloha č. 3:** T-test všech sledovaných proměnných dle typu školy

**Příloha č. 4:** T-test životní angažovanosti dle vzdělání matky (střední s maturitou a výuční list)

**Příloha č. 5:** Freiburský osobnostní dotazník (FPI)

**Příloha č. 6:** Test životní angažovanosti (LET)

**Příloha č. 7:** Pödlingerův dotazník k rozpoznání závažnosti suicidálního rizika

**Příloha č. 8:** Dotazník vnímané sociální opory (PSSS)



**Příloha č. 1:** Korelační matice všech sledovaných proměnných – Pearsonův korelační koeficient

Correlations																
		skór suicidálního rizika	PSSS	skór životní angažovanosti	FPI- 1	FPI- 2	FPI- 3	FPI- 4	FPI-5	FPI-6	FPI-7	FPI-8	FPI-9	FPI-E	FPI-N	FPI-M
skór suicidálního rizika	Pearson Correlation	1	-,243 <sup>*</sup>	-,368 <sup>**</sup>	,220 <sup>*</sup>	,264 <sup>**</sup>	,242 <sup>*</sup>	,148	,000	-,177	,158	,240 <sup>*</sup>	,090	-,027	,240 <sup>*</sup>	-,168
PSSS	Pearson Correlation	-,243 <sup>*</sup>	1	,522 <sup>**</sup>	,235 <sup>*</sup>	,085	,026	,108	,184	,288 <sup>**</sup>	,046	,097	,096	,178	-,009	,159
skór životní angažovanosti	Pearson Correlation	-,368 <sup>**</sup>	,522 <sup>**</sup>	1	,034	,150	-,104	,040	,271 <sup>**</sup>	,327 <sup>**</sup>	,086	-,063	,167	,204 <sup>*</sup>	-,067	,332 <sup>**</sup>
FPI- 1	Pearson Correlation	,220 <sup>*</sup>	,235 <sup>*</sup>	,034	1	,002	,304 <sup>**</sup>	,183	,206 <sup>*</sup>	-,017	,268 <sup>**</sup>	,237 <sup>*</sup>	,153	,141	,245 <sup>*</sup>	-,407 <sup>**</sup>
FPI-2	Pearson Correlation	,264 <sup>**</sup>	,085	,150	,002	1	,171	,245 <sup>*</sup>	,170	-,115	,285 <sup>**</sup>	,001	,350 <sup>**</sup>	,325 <sup>**</sup>	,168	-,082
FPI-3	Pearson Correlation	,242 <sup>*</sup>	,026	-,104	,304 <sup>**</sup>	,171	1	,425 <sup>**</sup>	-,083	-,101	,380 <sup>**</sup>	,409 <sup>**</sup>	,319 <sup>**</sup>	,048	,834 <sup>**</sup>	-,470 <sup>**</sup>
FPI-4	Pearson Correlation	,148	,108	,040	,183	,245 <sup>*</sup>	,425 <sup>**</sup>	1	,107	-,201 <sup>*</sup>	,452 <sup>**</sup>	,144	,424 <sup>**</sup>	,166	,476 <sup>**</sup>	-,147
FPI-5	Pearson Correlation	,000	,184	,271 <sup>**</sup>	,206 <sup>*</sup>	,170	-,083	,107	1	,080	,223 <sup>*</sup>	-,411 <sup>**</sup>	,201 <sup>*</sup>	,690 <sup>**</sup>	-,186	,220 <sup>*</sup>
FPI-6	Pearson Correlation	-,177	,288 <sup>**</sup>	,327 <sup>**</sup>	-,017	-,115	-,101	-,201 <sup>*</sup>	,080	1	-,131	-,150	-,011	,133	-,169	,386 <sup>**</sup>
FPI-7	Pearson Correlation	,158	,046	,086	,268 <sup>**</sup>	,285 <sup>**</sup>	,380 <sup>**</sup>	,452 <sup>**</sup>	,223 <sup>*</sup>	-,131	1	,006	,303 <sup>**</sup>	,181	,323 <sup>**</sup>	-,156
FPI-8	Pearson Correlation	,240 <sup>*</sup>	,097	-,063	,237 <sup>*</sup>	,001	,409 <sup>**</sup>	,144	-,411 <sup>**</sup>	-,150	,006	1	,123	-,303 <sup>**</sup>	,415 <sup>**</sup>	-,369 <sup>**</sup>

Correlations																
		skór suicidálního rizika	PSSS	skór životní angažovanosti	FPI- 1	FPI- 2	FPI- 3	FPI- 4	FPI-5	FPI-6	FPI-7	FPI-8	FPI-9	FPI-E	FPI-N	FPI-M
FPI-9	Pearson Correlation	,090	,096	,167	,153	,350**	,319**	,424**	,201*	-,011	,303**	,123	1	,233*	,236*	-,075
FPI-E	Pearson Correlation	-,027	,178	,204*	,141	,325**	,048	,166	,690**	,133	,181	-,303**	,233*	1	-,091	,179
FPI-N	Pearson Correlation	,240*	-,009	-,067	,245*	,168	,834**	,476**	-,186	-,169	,323**	,415**	,236*	-,091	1	-,477**
FPI-M	Pearson Correlation	-,168	,159	,332**	-,407**	-,082	-,470**	-,147	,220*	,386**	-,156	-,369**	-,075	,179	-,477**	1

**Příloha č. 2: Korelační matice dle typu školy – Pearsonův korelační koeficient**

**Correlations**

škola			skór suicidálního rizika	PSSS	skór životní angažovanosti	FPI-3	FPI-N
1 gymnázium	Pearson Correlation	skór suicidálního rizika	1,000	-,533	-,589	,203	,178
		PSSS	-,533	1,000	,378	-,014	-,028
		skór životní angažovanosti	-,589	,378	1,000	-,221	-,230
		FPI-3	,203	-,014	-,221	1,000	,830
		FPI-N	,178	-,028	-,230	,830	1,000
	Sig. (1-tailed)	skór suicidálního rizika		,000	,000	,083	,114
		PSSS	,000		,004	,462	,425
		skór životní angažovanosti	,000	,004		,066	,058
		FPI-3	,083	,462	,066		,000
		FPI-N	,114	,425	,058	,000	
	N	skór suicidálního rizika	48	48	48	48	48
		PSSS	48	48	48	48	48
		skór životní angažovanosti	48	48	48	48	48
		FPI-3	48	48	48	48	48
		FPI-N	48	48	48	48	48
2 SOU	Pearson Correlation	skór suicidálního rizika	1,000	-,043	-,219	,349	,330
		PSSS	-,043	1,000	,608	,010	-,021
		skór životní angažovanosti	-,219	,608	1,000	-,012	,055
		FPI-3	,349	,010	-,012	1,000	,840
		FPI-N	,330	-,021	,055	,840	1,000
	Sig. (1-tailed)	skór suicidálního rizika		,383	,061	,006	,009
		PSSS	,383		,000	,471	,443
		skór životní angažovanosti	,061	,000		,466	,350
		FPI-3	,006	,471	,466		,000
		FPI-N	,009	,443	,350	,000	
	N	skór suicidálního rizika	51	51	51	51	51
		PSSS	51	51	51	51	51
		skór životní angažovanosti	51	51	51	51	51
		FPI-3	51	51	51	51	51
		FPI-N	51	51	51	51	51

**Příloha č. 3: T-test všech sledovaných proměnných dle typu školy**

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
									95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
PSSS	Equal variances assumed	,207	,650	-1,026	97	,307	-2,897	2,823	-8,500	2,706
	Equal variances not assumed			-1,037	90,406	,303	-2,897	2,795	-8,449	2,655
skór suicidální ho rizika	Equal variances assumed	1,040	,310	1,074	97	,286	,380	,354	-,322	1,082
	Equal variances not assumed			1,074	96,751	,285	,380	,354	-,322	1,082
skór životní angažov anosti	Equal variances assumed	,367	,546	,278	97	,782	,251	,905	-1,544	2,047
	Equal variances not assumed			,280	94,143	,780	,251	,898	-1,532	2,035
FPI-3	Equal variances assumed	,113	,738	-2,510	97	,014	-14,5992647	5,8175343	-26,1454599	-3,0530695
	Equal variances not assumed			-2,510	96,697	,014	-14,5992647	5,8165918	-26,1440460	-3,0544834
FPI-N	Equal variances assumed	,139	,710	-1,302	97	,196	-7,9166667	6,0794769	-19,9827454	4,1494120
	Equal variances not assumed			-1,304	96,930	,195	-7,9166667	6,0730878	-19,9701749	4,1368415

**Příloha č. 4:** T-test životní angažovanosti dle vzdělání matky (střední s maturitou a výuční list)

**Group Statistics**

	vzdělání matky	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
skór životní angažovanosti	2 (SŠ s maturitou)	50	22,66	4,918	,696
	3 (výuč.l.)	19	25,11	3,017	,692

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
							95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Lower	Upper
skór životní angažovanosti	Equal variances assumed	1,549	,218	-2,022	67,047	,047	-4,859	-,031
	Equal variances not assumed			-2,492	52,902,016	,016	-4,413	-,477

## **Příloha č. 5: Freiburský osobnostní dotazník (FPI)**

### **FREIBURSKÝ OSOBNOSTNÍ DOTAZNÍK**

#### **Testovací sešit - forma K**

Na následujících stranách tohoto dotazníku je řada výpovědí o určitých postojích, způsobech chování a zájmech. Můžete na ně odpovídat "souhlasím" nebo "nesouhlasím". Svou odpověď vyznačíte do záznamového listu křížkem (X) do příslušné kolonky. To znamená, že pokud odpovíte "souhlasím" dáte křížek do první kolonky (pod "souhlasím").

Například:

	Souhlasím	Nesouhlasím
<b>Své zdraví si mají lidé chránit</b>	<b>X</b>	

Pokud s uvedeným výrokem, konstatováním nesouhlasíte, dáte křížek do druhé kolonky (pod "nesouhlasím"):

	Souhlasím	Nesouhlasím
<b>Děti v rodině je třeba přísně trestat</b>		<b>X</b>

Všechny odpovědi v dotazníku i v záznamovém listu jsou očíslované, proto dávejte pozor, abyste odpověď vyznačili vždy u položky podle pořadí. Odpovídejte na všechny položky. V dotazníku nejsou správné nebo nesprávné odpovědi, protože každý člověk má právo na vlastní názor. Je však potřeba, abyste nevynechali ani jednu položku a odpověděli na všechny.

#### **Při vyplňování:**

1. Neuvažujte, která odpověď by udělala lepší dojem, ale odpovídejte podle vlastního názoru. Některé otázky se Vám možná budou zdát příliš osobní, nenechte se odradit, Vaše odpovědi jsou důvěrné.

2. Nepřemýšlejte dlouho nad jednotlivými větami, ale vyznačte první odpověď, která Vás napadne. Samozřejmě, že tyto krátké otázky neberou do úvahy všechny zvláštnosti, některé Vám možná nebudou vyhovovat. Ale přesto zakroužkujte číslo u té odpovědi, která je Vám nejbližší.

#### **Do tohoto sešitu nepište, odpovědi vyznačte do záznamového listu.**

1. Přečetl (a) jsem si instrukci a jsem ochotný(á) odpovídat.
2. Večer si rád (a) vyjdu ven.
3. Mám vždy dobrou náladu.
4. Těžko nacházím správný námět k rozhovoru, když se chci s někým seznámit.
5. Někdy se mi rozbuší srdce nebo bije nepravdělně.
6. Někdy cítím, že mi srdce bije až v krku.

7. Rychle se rozčílím, ale rychle se zase ovládnou.
8. Lehce se začervenám nebo zblednu.
9. Upřímně řečeno, dělá mi občas potěšení potrápiti druhé.
10. Je mi trochu nepříjemné, když mě lidé pozorují na ulici nebo v obchodě.
11. Když mi někdo ukřivdí, přeji mu trest.
12. Někdy jsem jen tak z legrace udělal (a) něco nebezpečného.
13. Jsem podnikavější než většina mých známých.
14. Na obranu svých práv jsem schopný/schopna použít i násilí.
15. Dokáži rychle probrat a oživit i velmi nudnou společnost.
16. Lehce se dostanu do rozpaků.
17. Ve styku s jinými lidmi jsem nešikovný(-á).
18. Někdy se cítím bez příčiny dost bídne.
19. Někdy mám pocit, že se mi nedostává dost vzduchu, mám pocit svírání v hrudníku.
20. Někdy se kochám představou, jak zle by se mělo vést těm, kteří mi ukřivdili.
21. Někdy mám pocit lhostejnosti a vnitřní prázdnoty.
22. Ostýchám se, když mám sám/sama vstoupit do místnosti, kde se jiní lidé už spolu baví.
23. Mám rád (a) úlohy, které vyžadují rychlou práci.
24. Ne vždy hovořím pravdu.
25. Mám citlivý žaludek (pocit tlaku, bolesti a plnosti).
26. V podstatě jsem spíš ustrašený, bojácný člověk.
27. Nevzruší mě velmi, pokud se mi něco nedaří.
28. Hodně z toho co udělám, později lituji.
29. Člověku, který mě zlomyslně opustil, přeji pořádný trest.
30. Často mám větry (nadýmám se).
31. Pokud někdo ublíží mému kamarádovi, chci být při odplatě.
32. Často mám všeho po krk.
33. Rád (a) dokazuji chyby druhých.
34. Pokud je nás víc, dostávám často nepřekonatelnou chuť k hrubostem.
35. Občas zalžu.
36. Občas se chvástám.

37. Jsem dost živý(-á).
38. Někdy mě napadají myšlenky, za které se musím stydět.
39. Patřím k lidem, kteří berou věci na lehkou váhu.
40. Ve společnosti se obyčejně chovám lépe než doma.
41. Kdo mě vážně urazí, může počítat s fackou.
42. Když se rozzuřím, řeknu ledacos.
43. Ve společnosti významných lidí nebo nadřízených se lehce dostávám do rozpaků.
44. Často nedokáži ovládnout svou zlost a zuřivost.
45. Přes den často sním o věcech, které jsou neuskutečnitelné.
46. Někdy odkládám to, co bych měl (a) hned udělat.
47. Leknu se, když se něco rychle pohne, nebo mě někdo nečekaně osloví.
48. Při leknutí nebo vzrušení se roztřesu, rozklepou se mi kolena.
49. Někdy jsem velmi smutný(-á) a depresivní.
50. Před určitými událostmi mívám trému a tělesný neklid.
51. Bohužel, patřím k těm, kteří se často rozzuří.
52. Moje nálada se dost často mění.
53. Často mě napadají a neustále se vracejí zbytečné myšlenky.
54. Mám problémy se spánkem – těžce usínám, budím se apod.
55. Často řeknu bez přemýšlení věci, kterých později lituji.
56. Velmi přemýšlím o svém dosavadním životě.
57. Rád (a) si z druhých lidí neškodně vystřelím.
58. Většinou hledím plný(-á) důvěry do budoucnosti.
59. I přesto, že se proti mně všechno spikne, neztrácím odvalu.
60. Rád (a) si z druhých lidí vystřelím.
61. Mám skoro vždy připravenou pohotovou odpověď.
62. I přesto, že mě něco vyvede z míry, rychle se uklidním.
63. Při společných setkáních rád (a) přebírám vedení.
64. Často mě dokáže někdo rozčílit.
65. Cítím se dobře připravený(-á) na život a jeho těžkosti.
66. Těžko si dokáži získávat lidi.



67. Označil (a) bych se spíše za výřečného/výřečnou.
68. Někdy mi dělá radost zraňovat lidi, které mám rád (a).
69. Radši někomu rozbít nos, než být zbabělý(-á).
70. Nepouštím se do rozhovoru s lidmi dříve, dokud mě neosloví.
71. Často jsem zamyšlený(-á).
72. Často se na druhé rychle naštvu.
73. Při jídle doma se chovám méně slušně než ve společnosti.
74. Jsem často unavený(-á), malátný(-á) a vyčerpaný(-á).
75. Někdy si myslím, že nejsem k ničemu.
76. Přes zklamání se dokáži poměrně lehce přenést.
- Přesvědčte se prosím, zdali jste skutečně odpověděli na všechny položky.
- Děkujeme Vám.

## **Příloha č. 6:** Test životní angažovanosti (LET)

1. V mém životě není dostatek smyslu.

- ☐ zcela nesouhlasím
- ☐ nesouhlasím
- ☐ nemohu se rozhodnout
- ☐ souhlasím
- ☐ zcela souhlasím

2. Vše, co dělám, je pro mne hodnotné.

- ☐ zcela nesouhlasím
- ☐ nesouhlasím
- ☐ nemohu se rozhodnout
- ☐ souhlasím
- ☐ zcela souhlasím

3. Většina toho, co dělám, se mi zdá zanedbatelné a nedůležité.

- ☐ zcela nesouhlasím
- ☐ nesouhlasím
- ☐ nemohu se rozhodnout
- ☐ souhlasím
- ☐ zcela souhlasím

4. Velmi si cením svých aktivit.

- ☐ zcela nesouhlasím
- ☐ nesouhlasím
- ☐ nemohu se rozhodnout

- ☐ souhlasím
- ☐ zcela souhlasím

5. Příliš mi nezáleží na tom, co dělám.

- ☐ zcela nesouhlasím
- ☐ nesouhlasím
- ☐ nemohu se rozhodnout
- ☐ souhlasím
- ☐ zcela souhlasím

6. Mám spoustu důvodů proč žít.

- ☐ zcela nesouhlasím
- ☐ nesouhlasím
- ☐ nemohu se rozhodnout
- ☐ souhlasím
- ☐ zcela souhlasím

**Příloha č. 7: Pöldingerův dotazník k rozpoznání závažnosti suicidálního rizika**

1. Přemýšlel(-a) jste v současné době o možnosti sebevraždy? ANO NE

2. Přemýšlel(-a) jste o této možnosti často? ANO NE

3. Musíte o tom přemýšlet, přestože nechcete?

Vnucují se Vám takové myšlenky vlastně samy, proti vaši vůli? ANO NE

4. Už jste někdy uvažoval(-a) o způsobu sebevraždy? ANO NE

5. Dělal(-a-) jste již nějaké přípravy k sebevraždě? ANO NE

6. Mluvil(-a) jste s někým o svých sebevražedných úmyslech? ANO NE

7. Už jste se někdy v minulosti pokusil(-a) o sebevraždu? ANO NE

8. Spáchal někdo z vašich příbuzných či přátel sebevraždu? ANO NE

9. Cítíte, že vaše situace je strašná a beznadějná? ANO NE

10. Dělá vám potíže myslet na něco jiného než na současné problémy? ANO NE

11. Máte nyní méně kontaktů se svými příbuznými a přáteli? ANO NE

12. Máte zájem o to, co se děje ve vašem okolí nebo zaměstnání?

Baví vás vaše koníčky? ANO NE

13. Máte kolem sebe někoho, s kým byste volně a s důvěrou mohl pohovořit o svých problémech? ANO NE

14. Žijete pohromadě s dalšími lidmi (rodina, přátelé)? ANO NE

15. Máte pocit výrazné odpovědnosti k rodině, zaměstnání? ANO NE

16. Myslíte, že jste v zásadě věřící člověk? ANO NE

## **Příloha č. 8: Dotazník vnímané sociální opory (PSSS)**

Přečtěte si prosím, pozorně každou položku a podle Vašeho názoru zakroužkujte u ní to číslo, které vyjadřuje úroveň Vašeho souhlasu nebo nesouhlasu.

Uvedená čísla znamenají:

- |                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| 7 – rozhodně souhlasím | 3 – spíše nesouhlasím    |
| 6 – souhlasím          | 2 - nesouhlasím          |
| 5 – spíše souhlasím    | 1 – rozhodně nesouhlasím |
| 4 - nevím              |                          |

- |  |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Když jsem v nouzi, existuje člověk, který je mi nablízku.                                 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. Existuje člověk, se kterým se mohu podělit o své starosti i radosti.                      | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. Má rodina se mi skutečně snaží pomáhat.   | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Mám od své rodiny citovou podporu a pomoc, jakou potřebuji.                               | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Existuje člověk, který je pro mne zdrojem radosti a spokojenosti.                         | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. Moji přátelé se mi skutečně snaží pomáhat.  | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. Když se mi něco nedaří, mohu se o své přátele opřít a spolehnout se na ně.                | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. Se svojí rodinou mohu hovořit o svých problémech.   | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. Mám přátele, se kterými se mohu podělit o své starosti i radosti.                         | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. Existuje člověk, kterému není jedno, co cítím a jak na tom jsem.                         | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. Moje rodina mi při rozhodování pomáhá.   | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. O svých problémech si mohu se svými přáteli pohovořit.                                   | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. Lidé, kteří jsou mi ochotni pomoci, poradit a podepřít mne, když jsem v nesnázích, jsou: |   |   |   |   |   |   |   |
| I. členové mé rodiny   | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| II. moji přátelé   | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| III. moji spolupracovníci  | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| IV. moji nadřízení   | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |